BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

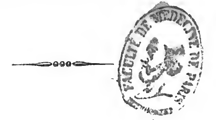
RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-CINQUIÈME.



PARIS
CHEZ LE REDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1858

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations pratiques sur l'action déplétive ou mécanique des émissions sanguines générales.

Par le docteur J.-B. Fonssagrives, médecin en chef de la marine.

Les saignées agissent de deux manières distinctes sur l'économie : mécaniquement par la spoliation humorale, dynamiquement par la dépression des forces auxquelles sont soustraits en partie les matériaux de leur activité et de leur entretien. Ces deux résultats découlant du même moyen sont nécessairement et fatalement inséparables l'un de l'autre ; la pratique bénéficie fréquemment de leur solidarité, mais il est aussi des cas non moins nombreux et fort embarrassants où, ne pouvant les isoler, il importe de faire un choix prompt et hardi, et de tout sacrifier à l'une des indications, sans plus se préoccuper de l'autre. Si les indications thérapeutiques se tirent plus habituellement de l'état général que de l'état local, dans un petit nombre de circonstances pressantes, il faut, au contraire, abstraire complétement les premières pour ne s'occuper que des secondes, sauf à réparer ensuite les dommages que l'on a causés. Il serait puéril, en effet, en présence d'une compression ou d'un engorgement qui menacent mécaniquement le jeu d'un organe essentiel à la vie, d'interroger trop minutieusement l'ampleur du pouls, la coloration des téguments ou le rylthme des forces, et de se laisser arrêter dans l'emploi d'une saignée décisive par la crainte d'une syncope presque toujours facile à éluder ou d'une anémie consécutive, contre laquelle les ressources médicales et diététiques font rarement défaut. Les émissions sanguines générales n'ont, dans ce cas, qu'une action simplement mécanique, et c'est précisément pour cela qu'entre leur emploi et le résultat à obtenir, il y a

une évidence de relation qui ne saurait être contestée. Le but de cette note est de faire ressortir celle-ci et de montrer tout le parti qu'on peut tirer du maniement énergique de la lancette dans certains épanchements séreux brusques, qu'ils soient cavitaires ou interstitiels, aussi bien que dans les engorgements sanguins à marche rapidement menaçante, dont le cœur, les poumons ou le cerveau peuvent être le siége.

La physiologie a très-suffisamment démontré que l'activité des absorptions ou des résorptions est en raison inverse du degré de réplétion du système circulatoire, et les mémorables expériences de Magendie ont mis ce fait d'antagonisme au-dessus de toute contestation. Faire un vide dans le système vasculaire, c'est établir, de la séreuse que remplit un épanchement à la poëlette qui reçoit le sang d'une saignée, un courant en quelque sorte continu, tant est incroyablement rapide la succion opérée dans ce cas par les vaisseaux. C'est une paracentèse indirecte de la séreuse affranchie de tous les hasards de l'intervention chirurgicale. La première circonstance dans laquelle il me fut donné de constater dans toute sa puissance l'action déplétive des saignées contre des épanchements séreux brusques, était trop démonstrative pour ne pas m'impressionner vivement l'esprit et m'inspirer la pensée de recourir, le cas échéant, à cette ressource héroïque. Il s'agissait d'un soldat entré à l'hôpital de Brest pour y être traité d'une scarlatine dont la marche avait été parfaitement régulière, et qui, arrivé au vingtième jour de son affection, pouvait être considéré comme en pleine convalescence. Une sortie intempestive par un temps froid et pluvieux ne tarda malheureusement pas à faire surgir des accidents de répercussion sudorale, qui atteignirent en peu d'heures un extrême degré de gravité. Un peu d'œdème des malléoles et du visage, coïncidant avec de la céphalalgie, me firent redouter l'invasion d'accidents cérébraux, et cette présomption fut confirmée par la constatation d'une quantité notable d'albumine dans les urines. Le soir même, en effet, des symptômes menaçants ne tardèrent pas à surgir ; l'anasarque augmenta presque à vue d'œil ; l'oppression devint inquiétante, et une première attaque éclamptiforme se manifesta. A ma visite du matin, je trouvai le malade dans un état presque désespéré ; la tuméfaction était devenue monstrueuse ; la peau, lisse et tendue, était complétement décolorée et froide ; les muqueuses avaient pris une teinte asphyxique ; le pouls radial était très-précipité et se sentait à peine ; il existait une véritable orthopnée ; quinze ou vingt attaques épileptiformes s'étaient produites pendant la nuit;

l'abdomen avait pris du volume, et la percussion y révélait un épanchement dont la partie moyenne remontait au-dessus de l'ombilic; la région précordiale était le siége d'une matité très-étendue, et les battements du cœur n'arrivaient plus jusqu'à l'oreille; la partie postérieure des poumons était aussi moins sonore, et le murmure respiratoire s'y percevait sensiblement affaibli. Une véritable pluie séreuse, déterminée probablement par la désalbumination du sang, s'était opérée aussi bien dans les mailles du tissu cellulaire général et dans celui des poumons que dans la cavité des ventricules cérébraux et des séreuses péricardique et péritonéale. L'agonie était imminente, et un commencement de râle trachéal était de nature à décourager toute tentative. A quels moyens recourir ? La dépression du pouls et de la calorification semblaient indiquer les stimulants diffusibles; mais quelle ressource précaire! D'ailleurs, la cause des accidents était toute mécanique, et donner de l'éther ou de l'acétate d'ammoniaque à un strangulé, avant de lui enlever le lien qui lui étreint le cou, ne m'eût pas semblé plus puéril. Les expériences de Magendie sur l'activité imprimée à l'absorption d'un poison déposé dans une séreuse par l'usage concomitant des évacuations sanguines me revinrent à l'esprit, et j'ouvris la veine *in extremis*. Le résultat tint du prodige; le pouls reparut et prit même une certaine véhémence; la coloration violacée des lèvres se dissipa; la respiration, qui était complétement orthopnéique, se ralentit et prit de l'ampleur; et le sang coulait encore, que la réapparition des battements du cœur et la diminution constatée par la percussion de la matité de l'abdomen et de celle de la région précordiale me montraient que l'eau des séreuses rentrait rapidement dans le système circulatoire. Un kilogramme et demi de sang fut être tiré de la sorte, sans que le pouls ou les forces manifestassent la moindre tendance à fléchir. En même temps que se produisait un amendement considérable des plus sensibles dans l'état des fonctions respiratoire et circulatoire, la cessation *brusque* et *définitive* des attaques éclamptiformes me montrait que la déplétion sanguine avait agi sur l'épanchement des ventricules cérébraux comme sur celui du péricarde et du péritoine. Je ne cacherai pas (et pourquoi le ferais-je ?) que cette vérification, en quelque sorte expérimentale, de l'idée que je m'étais formée *à priori* sur la nature et l'enchaînement des accidents formidables contre lesquels j'avais à lutter, me remplit d'une vive satisfaction, faite à la fois de la certitude d'avoir contribué au salut de mon malade et de ce petit grain d'orgueil scientifique, compensation bien légitime, mais, hélas! trop parcimonieusement

accordée aux déboires journaliers et aux aridités de la pratique. Bref, à la suite de la saignée, une réaction un peu vive, mais favorable, se manifesta; et, à la visite du soir, je trouvai mon malade dans un état qui m'eût satisfait de tous points, si une pneumonie double, conséquence, sans aucun doute, de l'état subapoplectique dans lequel étaient restés les poumons pendant huit ou dix heures, n'avait un peu refroidi mon contentement. Une saignée dut être pratiquée le soir même; il fallut encore la renouveler le lendemain; sous l'influence de ces évacuations sanguines, et grâce à l'action adjuvante du tartre stibié, cette double pneumonie ne passa pas au souffle, et, au bout de trois ou quatre jours, mon malade marchait vers une convalescence qu'aucun accident n'est venu entraver, et qui ne fut pas aussi longue que l'abondance des déperditions sanguines auxquelles il avait été soumis eût pu me le faire craindre. Ce fait est du nombre de ceux que le praticien loge avec soin dans un coin de son cerveau et que rien ne peut plus en faire sortir. Etre ému est le secret de se souvenir, comme c'est celui de persuader.

Dans l'observation qui précède, il est impossible de douter de l'influence puissante qu'a exercée l'action déplétive des saignées; sans elles le malade était voué à une mort inévitable et prochaine, et l'amélioration a été si frappante et si prompte, qu'il serait parfaitement illogique de l'attribuer à une simple coïncidence. Il est heureusement assez rare de trouver réunies chez le même sujet toutes ces suffusions séreuses viscérales ou interstitielles; mais une seule cavité se prît-elle, il faut sans hésitation recourir aux saignées dans une mesure qui est déterminée par la quantité du liquide épanché, par l'importance vitale de l'organe qu'il comprime, et par la véhémence des symptômes de compression, bien plus que par la constitution ou le tempérament des malades. Si on peut attendre, si le danger n'est pas pressant, qu'on recoure à des moyens moins onéreux pour l'économie, rien de plus sage assurément; mais qu'on n'aille pas non plus perdre à l'essai de ressources suspectes un temps qu'on ne retrouvera plus. L'*occasion* médicale est la plus *chauve* de toutes, et la laisser passer une fois, c'est s'exposer fortement à ne plus la revoir.

Il est assez rare qu'un épanchement pleurétique marche avec une telle rapidité qu'il compromette immédiatement la vie; les hydrothorax symptomatiques d'une dyscrasie sanguine affectent seuls une forme aussi menaçante, et leur danger, comme on l'a fait remarquer, gît bien plus dans la brusquerie de leur formation que dans la quantité de sérosité qui les constitue. De même, en effet, qu'un

pneumonique meurt faute d'air avec un poumon aux deux tiers hépatisé, tandis qu'un tuberculeux respire assez à l'aise avec une hématose réduite à la moitié d'un poumon, de même aussi la vie compromise par un épanchement pleural de 2 ou 3 litres s'accommode d'une quantité triple ou quadruple, si elle s'est accumulée lentement et par degrés. La nature a, en effet, dans ce dernier cas, le temps d'utiliser son industrie et de créer des ressources; elle est prise au dépourvu dans le second. Lorsqu'un épanchement très-considérable se forme dans l'une ou l'autre des deux plèvres et qu'à l'anxiété respiratoire produite par l'aplatissemont du poumon se joint celle non moins vive que détermine le refoulement mécanique du cœur, on ne saurait évidemment compter sur les déperditions alvines, sudorales et urinaires, pour diminuer l'épanchement; avant qu'elles aient agi sur lui, le liquide aura abaissé le diaphragme, écarté les côtes, et à la faveur de ce vide relatif, sans diminution de sa quantité, n'exercera plus qu'une compression incompatible avec la vie. Deux ressources seules peuvent être invoquées dans ces conjonctures: la thoracentèse ou les saignées copieuses. Nous ne dirons pas de mal de la première; nul n'apprécie plus que nous les services qu'elle peut rendre dans certains cas pressants; nous y avons eu recours et nous y recourrons encore quand l'occasion s'en présentera: il y a plus, nous estimons que la réhabilitation de cette opération trop oubliée de nos jours est une des plus belles conquêtes de la thérapeutique contemporaine, et que, dans sa carrière scientifique si bien remplie, M. Trousseau doit arrêter sa pensée avec une complaisance légitime sur ce progrès, dont la réalisation est principalemont due à ses efforts; mais, enfin, on n'ouvre pas la poitrine comme on ponctionne une hydrocèle et la thoracentèse, si elle n'a pas tous les dangers qu'on lui oppose, n'est cependant pas un de ces moyens auxquels on peut recourir sans une nécessité pressante. Dans notre pensée, l'insuffisance de la saignée déplétive justifie seule la ponction. La saignée échoue-t-elle, on en acquiert la certitude en moins de deux heures, et son emploi n'a en rien amoindri les chances de réussite de la ponction. Au reste, dans les épanchements qui no compromettent pas immédiatement la vie par leur abondance, la saignée, combinée à l'emploi des diurétiques et à l'institution d'uno diète sèche rigoureuse, suffit presque toujours et rend inutile l'intervention du trocart.

Si l'efficacité des larges émissions sanguines, dans le cas d'hydrothorax, ne pouvait être l'objet d'un doute, c'est également la ressource la plus puissante contre les épanchements périodiques qui se for-

ment brusquement et exercent sur le cœur une compression promptement funeste. L'activité de la médication doit ici être proportionnée à la gravité menaçante des accidents ; il faut faire à tout prix un vide dans la circulation pour solliciter la rentrée d'une partie du liquide qui distend le péricarde. Je sais bien qu'on peut craindre de provoquer un appauvrissement du sang, condition essentiellement favorable à la production ou à l'accroissement des exhalations séreuses ; mais le point capital ici est de gagner du temps et de permettre à la poche péricardique de développer toute son extensibilité ; ce résultat obtenu, un litre de sérosité deviendra moins compromettant que quelques centaines de grammes, et on aura tout le loisir d'épuiser la série des diurétiques et des évacuants hydragogues, avant d'être mis en demeure de prendre un parti plus décisif. La ponction du péricarde, malgré les tentatives hardies et couronnées de succès qui ont été faites dans ces derniers temps, est une opération plus hasardeuse que celle de l'empyème et à laquelle il ne faut se décider que faute de mieux.

L'indication des saignées peut être, à la rigueur, contre-balancée par celle de la ponction, dans les cas d'hydrothorax ou d'hydro-péricarde d'une rapidité inquiétante ; elle apparaît toute puissante et sans partage, lorsqu'il s'agit de ces épanchements séreux ventriculaires, dont la marche est tellement rapide, que la voie détournée des éliminations sécrétoires est une ressource à peu près interdite. On a confondu un peu improprement, sous le nom d'*éclampsie*, toutes les convulsions générales à forme d'accès qui se développent pendant la grossesse ou sous l'influence de l'état puerpéral. Nous sommes convaincu que, dans un bon nombre de cas, les accidents éclamptiques sont tout simplement les symptômes d'un épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux ; la présence de l'albumine dans les urines des femmes en proie aux convulsions de l'éclampsie, la prédisposition spéciale qui naît d'une constitution molle, lymphatique, abreuvée de sucs blancs, la gêne mécanique de la circulation produite par la grossesse et qui peut, à un moment donné, amener une infiltration séreuse du cerveau comme elle produit un œdème des extrémités, la ressemblance de l'éclampsie puerpérale avec l'éclampsie albuminurique des scarlatineux, sont autant de raisons qui justifient peut-être cette manière de voir. Un assez grand nombre de faits cliniques me portent à considérer des attaques épileptiformes se succédant avec rapidité et alternant avec un coma qui prend promptement le caractère stertoreux, comme l'indice presque assuré d'un épanchement séreux ventriculaire. Or, cette forme convulsive

est celle que revêtent les accidents cérébraux de l'éclampsie comme ceux de l'albuminurie scarlatineuse, ou de la maladie de Bright ou de certaines méningites. Dans tous ces cas si graves et si pressants, les émissions sanguines générales constituent, à vrai dire, la seule ressource sur laquelle on puisse compter et il faut y recourir sans se laisser arrêter par des contre-indications d'anémie ou de faiblesse qui, eu égard à la gravité du danger, perdent singulièrement de leur importance.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait admettre ou rejeter l'existence d'une anasarque aiguë due à la répercussion de la sueur; les habitudes intempérantes de nos matelots nous administrent tous les jours la preuve de la réalité de cette forme d'hydropisie. Aussi avides d'alcool que peu soucieux de leur santé, il leur arrive souvent de passer la nuit en plein air, exposés dans un état d'ivresse complète à tous les dangers de la radiation nocturne. Sous l'influence de la réplétion de leur système vasculaire dans lequel affluent des quantités énormes de boissons, et de la suspension brusque par le froid des éliminations sudorale et pulmonaire, il n'est pas rare de voir survenir chez eux des anasarques d'une extrême gravité, parce que des œdèmes du poumon et peut-être aussi du cerveau les compliquent habituellement; la respiration est difficile, le pouls très-petit, la peau froide, et une teinte anémique générale, même chez des individus fortement colorés la veille, ferait croire à un appauvrissement du sang, tandis qu'en réalité la pâleur du tégument tient à ce que l'épanchement cellulaire distend fortement la peau et en affaisse le réseau vasculaire. J'insiste sur cette *fausse anémie* parce qu'on porterait un grave préjudice au malade en lui marchandant les saignées. Il faut les employer hardiment pour faire rentrer la sérosité épanchée, et on ne tarde pas à voir, sous l'influence de ce moyen, la circulation et la respiration se rétablir et une réaction fébrile, quelquefois très-vive, se manifester.

Nous ne dirons rien de l'engorgement sanguin brusque des organes parenchymateux et de la puissance qu'ont les saignées pour en conjurer les effets; c'est là une ressource invoquée de tout le monde et dont l'expérience ultérieure ne démentira pas l'utilité; mais nous croyons devoir appeler l'attention des praticiens sur une cause mal appréciée, suivant nous, de l'expression si vive qui caractérise la période d'hépatisation des pneumonies, et sur l'efficacité toute particulière qu'ont alors les saignées générales. Si la respiration devient si souvent orthopnéique, quand une pneumonie passe au souffle, cela ne tient pas à ce que le champ de l'hématose se ré-

trécit davantage, car nous doutons un peu des ressources qu'un lobe atteint d'engouement inflammatoire peut offrir à la rénovation sanguine; l'oppression augmente, non pas parce que l'air n'arrive plus au tissu pulmonaire hépatisé, mais bien parce que celui-ci est devenu imperméable au sang. Chassé en égale quantité par le cœur, ce fluide rencontre là un obstacle qu'il ne peut franchir, et revenant vers son centre d'impulsion, il l'engoue en quelque sorte; d'où cette teinte violacée comme asphyxique des téguments, cette anxiété précordiale, ces battements de cœur énergiques qui donnent à la dyspnée de l'hépatisation tous les caractères de celle qui dépend d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux. La saignée peut seule rétablir l'équilibre interrompu entre la quantité de sang qui doit traverser le poumon et l'étendue de la surface perméable de celui-ci. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait pratique est réel, et je n'hésite pas à affirmer que la saignée est plus indispensable encore dans la seconde période de la pneumonie que dans la première. Beaucoup de médecins ouvrent la veine au début, mais la médication stibiée une fois instituée, ils persistent dans son emploi, sans revenir à la saignée; cela suffit très-certainement quand la pneumonie n'arrive pas à l'hépatisation, mais une fois ce degré atteint, il faut dans tous les cas tirer encore du sang sans interrompre, bien entendu, la médication rasorienne. Depuis que je me suis imposé cette règle de pratique qui n'admet pour moi que des exceptions infiniment minimes, je perds beaucoup moins de pneumonies.

Je me résume : 1° Les épanchements séreux très-abondants qui se forment brusquement dans la plèvre ou dans le péricarde doivent être traités par les saignées copieuses;

2° Les accès épileptiformes multipliés et suivis de coma, n'étant que l'expression symptomatique d'une suffusion séreuse opérée dans les ventricules cérébraux, peuvent être rapidement enlevés par les émissions sanguines ; les convulsions de l'éclampsie puerpérale et scarlatineuse, de même que celles de l'encéphalopathie albuminurique, reconnaissent une cause identique et sont justiciables du même moyen ; l'anasarque aiguë par répercussion de sueur et compliquée d'œdème du poumon indique également l'usage des saignées abondantes ;

3° La période d'hépatisation de la pneumonie est celle qui réclame le plus impérieusement les émissions sanguines générales ;

4° Dans tous ces cas l'action des saignées est uniquement déplétive ou mécanique;

5° L'état local doit être, eu égard au danger, principalement sinon exclusivement interrogé, et il convient de n'admettre qu'avec une extrême réserve des contre-indications tirées de l'état général.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi d'une nouvelle fronde élastique pour le traitement des fractures de la mâchoire inférieure.

Par le professeur Bouisson.

Il y a environ quinze ans que nous avons proposé, dans nos leçons de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier, une fronde élastique destinée à concilier à la fois la solidité et la mobilité dans le traitement des fractures de l'os maxillaire inférieur. Cet appareil, que nous n'avions pu recommander alors que par l'appréciation de ses avantages rationnels, et par quelques essais propres à faire juger du degré de compression et de résistance des pièces qui le composent, fut décrit dans le Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier (1). Il serait peut-être resté sans application, si les journaux de l'époque et les chirurgiens qui se sont occupés spécialement de ce genre de sujet (2) ne l'eussent jugé digne d'une mention favorable, et ne nous eussent encouragé, par ce fait même, à ne pas laisser au nombre des idées improductives celle qui nous avait dirigé dans la proposition de notre appareil. Le service de la clinique chirurgicale nous offrait une occasion naturelle de vérifier si la fronde élastique répondait en réalité aux espérances fondées sur ses avantages apparents. Les faits que nous avons recueillis, et parmi lesquels nous ne rapportons que ceux qui concernent des circonstances difficiles ou exceptionnelles, nous ont paru assez démonstratifs pour appeler de nouveau l'attention sur cet appareil, dont l'utilité sera mieux comprise après quelques réflexions préliminaires sur les indications thérapeutiques auxquelles donnent lieu les fractures qu'il a pour but de guérir.

Les rapports de l'os maxillaire inférieur, et la part que ses mouvements prennent à des fonctions importantes, placent ses lésions physiques dans une catégorie particulière. La mastication, l'insa-

(1) T. IV, p. 543.

(2) Malgaigne, Traité des fractures et des luxations. — Goffres, Précis iconographique de bandages, pansements et appareils.

livation, la déglutition, l'exercice de la parole, éprouvent une gêne variable dans les solutions de continuité qui l'affectent, ou dans les déplacements dont il est susceptible; d'où résulte l'indication de se servir de moyens contentifs qui répondent à ces conditions spéciales.

Dans les fractures maxillaires, la difficulté consiste moins à maintenir les fragments dans une immobilité absolue, qu'à produire une immobilité relative qui, tout en assurant le contact des pièces osseuses, permette à l'os entier le mouvement nécessaire à l'exercice de ses fonctions. C'est un point capital dont on n'a pas toujours tenu un compte suffisant, dans les moyens que l'on a mis en usage pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur. Le bandage que nous proposons nous paraît remplir exactement cette indication complexe; mais afin de démontrer avec plus de clarté son mécanisme particulier, il convient d'énumérer en peu de mots les principes d'après lesquels on s'est dirigé jusqu'à présent, et d'indiquer le mode d'action des moyens mis en usage; l'évidence des avantages de notre appareil ressortira mieux par cette appréciation comparée.

Les déplacements des fragments du maxillaire inférieur varient suivant le lieu et la direction de la fracture, et suivant qu'elle est simple ou double. Comme notre but n'est pas d'écrire un article complet sur les fractures de cet os, nous nous bornerons à rappeler que, dans la majorité des cas, le corps de la mâchoire a perdu sa conformation régulière par l'action que les muscles exercent sur les fragments. Après les avoir replacés, on maintient leur réduction en agissant à la fois sur le rebord inférieur et sur la face antérieure de l'os; de cette manière, les fragments sont affermis par une action qui s'exerce dans le sens où ils sont le plus facilement accessibles; c'est du moins le but qu'on se propose d'obtenir à l'aide de moyens déligatoires ou mécaniques.

La nécessité d'un appareil de ce genre est généralement reconnue. On a bien cité des exemples dans lesquels la réunion s'était accomplie sans accident et sans difformité, quoique le malade indocile n'eût voulu supporter aucun moyen contentif. Mais ces faits très-exceptionnels ne peuvent pas même atténuer l'importance d'un appareil, dans le traitement des cas les plus simples de cette fracture. L'obligation de contenir les fragments et la difficulté de réussir sans gêner les fonctions auxquelles concourent les mouvements du maxillaire inférieur, expliquent la multiplicité des appareils proposés. On peut les diviser en deux classes, suivant qu'ils affermissent le

maxillaire dans sa totalité, ou qu'ils assujettissent simplement les fragments de la fracture.

Les premiers prennent leur point d'appui sur le sommet de la tête, et agissent ensuite sur le maxillaire de manière à le fixer contre la mâchoire supérieure, et à s'opposer à tout mouvement dans l'articulation temporo-maxillaire. Des lanières de cuir, telles que les recommandait Paré ; des attelles de carton mouillé, telles que les employaient Heister et Duverney ; des longuettes trempées dans une liqueur résolutive sont placées en avant et au-dessous du menton, et soutenues par le chevestre ou la fronde simple, qui exerce une action dans le même sens et donne de la fixité aux diverses pièces par le point d'appui que leur fournit la tête. Ce genre d'appareil maintient assez solidement les parties dès les premiers moments de son application. Sous ce rapport, il prolonge la réduction et répond au vœu du chirurgien. Mais ses avantages sont temporaires et incomplets : temporaires, parce que, malgré le soin qu'on peut mettre dans son arrangement, après un certain délai, il se relâche inévitablement, ou même se défait et nécessite une nouvelle application ; incomplets, parce que, pendant la durée même de son action régulière, le malade ne peut ouvrir la bouche avec facilité, soit pour parler, soit pour prendre des aliments ; et s'il exerce un effort dans ce but, l'effort est douloureux et occasionne le relâchement de l'appareil. L'inconvénient de l'occlusion forcée de la bouche ou du dérangement du bandage, à l'occasion d'un mouvement, a donné l'idée de maintenir à demeure dans la cavité buccale des pièces d'ivoire ou de liége cannelées sur leurs deux faces, dans une direction conforme à la courbe du rebord alvéolaire, et de les perforer à leur partie centrale, pour permettre l'introduction d'aliments liquides. Il n'est personne qui n'ait vu dans les hôpitaux combien un pareil moyen est incommode ; la présence d'un corps étranger dans la bouche finit par ne pouvoir plus être tolérée, et le chirurgien se voit forcé de souscrire aux répugnances du malade. Au reste, le corps étranger, malgré sa double cannelure, est par lui-même un faible moyen contentif, et il a l'inconvénient de tenir l'ouverture buccale dans un état d'écartement qui empêche le malade de garder sa salive, en sorte que les pièces de l'appareil sont promptement souillées, et que leur renouvellement est indispensable.

Les appareils qui appartiennent à la seconde classe ont pour but d'agir isolément sur les fragments de la mâchoire, de manière à les maintenir dans un contact aussi exact que possible, en laissant

à l'articulation temporo-maxillaire toute sa liberté. Cette idée est, assurément, la plus satisfaisante, mais elle est d'une exécution plus difficile, et, malgré les éloges donnés aux divers essais qui ont été faits jusqu'à présent, aucun des procédés qui s'y rapportent n'a pu prendre un rang définitif dans la pratique.

Le plus ancien procédé de ce genre remonte à Hippocrate, et consiste à assujettir les fragments à l'aide d'un lien métallique porté sur le collet des dents les plus voisines de la fracture, et serré pour s'opposer au chevauchement.

On a reconnu que ce genre d'affrontement n'avait pas toute la solidité qu'on pouvait en attendre, vu que les dents s'ébranlent après un certain temps, et ne fournissent plus un point d'appui suffisant.

Des moyens mécaniques plus compliqués ont été imaginés en France et à l'étranger, pour atteindre le même résultat. Ceux de Rudenich, de Bush, de M. Houzelot ne diffèrent entre eux que par quelques modifications peu importantes. Leur but commun est de prendre un double point d'appui sur le corps de la mâchoire inférieure, en agissant en sens opposés sur la base de cet os et sur son rebord alvéolaire. Une pièce parabolique est placée sous le maxillaire inférieur ; une autre pièce, disposée dans l'intérieur de la bouche, est recourbée sur elle-même et embrasse l'arcade dentaire ; enfin, une troisième pièce, incurvée pour admettre dans sa concavité toute la partie antérieure du menton, y compris la lèvre inférieure, unit par ses deux extrémités les espèces d'attelles interne et externe que nous avons indiquées. Au moyen d'une vis qui s'engage dans un écrou convenablement disposé sur l'attelle inférieure, on peut exercer un rapprochement entre les deux pièces contentives, et exercer ainsi une action verticale qui, en portant sur les deux fragments, établit et maintient leur niveau.

Ce genre d'appareil permet, ainsi qu'on le voit, les mouvements du maxillaire inférieur, en laissant libre son articulation temporale, et à ce titre il remplit une indication très-importante ; mais on ne peut manquer de lui reconnaître plusieurs inconvénients. Comme il est placé sur l'extrémité du levier représenté par l'os, son poids finit par devenir gênant, et tend à produire le mouvement d'abaissement. Aussi Rudenich et Bush l'ont-ils fixé par des lanières dirigées en arrière, au-dessous du niveau de l'articulation temporo-maxillaire, et fixées au rebord inférieur d'un bonnet. C'était obvier d'une manière bien faible à l'inconvénient que nous signalons ; car la direction des lanières s'oppose à ce que le poids de l'appareil soit

efficacement neutralisé. Aussi M. Houzelot a-t-il supprimé l'inutile soutien que l'on espérait trouver sur la tête, et s'est-il borné à rechercher exclusivement ses points d'appui sur l'os lui-même, afin de laisser à l'articulation temporo-maxillaire toute sa liberté.

En second lieu, il ne peut évidemment convenir que pour les fractures qui ont leur siége à la partie antérieure du menton, et qui sont simples. Si la fracture du corps de la mâchoire existait dans le voisinage des branches, l'application de l'appareil serait beaucoup plus difficile; elle incommoderait le malade et ne saurait trouver un point d'appui suffisant sur le fragment le plus reculé. Le même inconvénient se reproduirait à plus forte raison et à un plus haut degré, si la fracture était double et le fragment moyen un peu considérable. Le vice de ce genre d'appareil est de ne pouvoir exercer qu'une action bornée à la partie antérieure du corps du maxillaire, à peu près dans les limites de l'ouverture buccale; de n'être plus que d'un faible secours, lorsque la fracture est reculée, et enfin de ne plus convenir quand il s'agit d'une fracture des branches de la mâchoire.

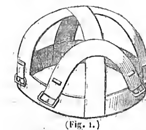
Lonsdale s'est efforcé d'obvier à cette imperfection en faisant confectionner la pièce recourbée qui embrasse l'arcade dentaire de manière qu'elle puisse être changée à volonté, et en prolongeant sa courbure à droite ou à gauche, suivant que la fracture se présente de l'un ou de l'autre côté. Le même chirurgien a fait, en outre, annexer à la plaque qui sert d'attelle inférieure deux autres plaques à direction verticale qui sont fixées sur les côtés de la première, et qui, à l'aide d'une vis de pression, peuvent agir sur les branches ou sur divers points de la face extérieure de l'os maxillaire.

Toutes ces modifications ne servent guère qu'à compliquer davantage les appareils déjà décrits, et leur défaut de simplicité, aussi bien que la difficulté de les faire confectionner, doit être considéré comme un nouveau désavantage, auquel il faut joindre encore le séjour forcé d'une partie de l'appareil dans la cavité buccale, ce qui incommode le malade et lui en rend l'application difficile à supporter.

Si l'on compare les deux genres d'appareils dont il vient d'être question, on verra que les premiers, tant que leur application est exacte, ont pour avantage prédominant de rendre le maxillaire immobile en agissant sur sa totalité, et pour inconvénient de s'opposer à la libre ouverture de la bouche sans que l'appareil soit relâché; que les seconds, au contraire, présentent l'avantage de permettre les mouvements d'ensemble de l'os, mais que cette action efficace n'a

lieu qu'au prix de diverses imperfections que nous avons signalées.

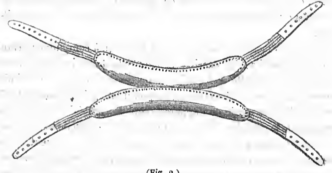
Nous avons pensé qu'il serait possible de réunir les avantages respectifs des deux genres d'appareils en évitant ce qu'ils ont de défectueux, et de simplifier en même temps l'application des moyens contentifs.



(Fig. 1.)

Une calotte ouverte, découpée en lanières, et une fronde à chefs élastiques, composent notre nouveau bandage (fig. 1, 2, 3).

La calotte est destinée à prendre un point d'appui sur le crâne ; elle se compose d'une lanière circulaire inférieure ouverte en avant, afin de pouvoir être agrandie à volonté et accommodée au volume de la tête suivant les sujets ; comme elle est fixée dans le même sens, la position de la boucle ne saurait gêner le malade lorsque la tête repose pendant le décubitus. Une lanière antéro-postérieure sert à prendre le point d'appui sur le sommet de la tête, et à donner insertion à deux lanières transversales dont les extrémités viennent aboutir aux côtés de la bande circulaire inférieure. Chaque extrémité de ces lanières supporte une boucle destinée à donner attache aux chefs de la fronde. Le tout représente une sorte de réseau à larges mailles, qui n'échauffe pas la tête du malade, comme le ferait une calotte pleine, et qui peut d'ailleurs être confectionné, soit avec du coutil, soit de préférence avec du cuir de veau doublé en peau de chamois.



(Fig. 2.)

La seconde pièce d'appareil est une *fronde* mentonnière confectionnée d'une manière analogue, pour offrir une souplesse et une résistance convenables. Le plein de cette fronde doit avoir des dimensions proportionnées à la hauteur et à l'épaisseur du menton.

Ses chefs se distinguent de ceux des frondes en cuir ordinaires, par l'addition d'une partie élastique représentée par une série de petits ressorts à boudin ou par des cordelettes en caoutchouc, enveloppées et assujetties par de l'étoffe plissée et extensible. Des lanières en cuir prolongent les extrémités de la fronde, et sont percées de trous pour graduer à volonté l'action de l'appareil.

La manière d'appliquer celui-ci ne présente aucune difficulté. La portion céphalique est d'abord placée et disposée de telle sorte que les deux boucles antérieures correspondent à la région temporale, dans le prolongement d'une ligne qui suivrait la direction de l'apophyse coronoïde. Les boucles postérieures doivent correspondre en arrière des apophyses mastoïdes. On applique sur le menton les compresses et les divers topiques qui conviennent au traitement de la fracture, et on les soutient avec la fronde, dont le plein est transformé en godet par le changement de direction des chefs inférieurs. Ces derniers sont relevés verticalement sur les côtés de la mâchoire, et vont se fixer aux boucles antérieures; les chefs qui terminent la portion de la fronde placée en avant du menton sont dirigés horizontalement ou un peu obliquement en arrière, et engagés dans les boucles postérieures. Les trous que présentent les lanières terminales permettent d'affaiblir ou d'augmenter à volonté la contention exercée par la fronde.

(Fig. 3.)

Des essais tentés sur le mannequin et les sujets vivants nous avaient fait constater facilement que cet appareil unit une grande solidité à une régularité parfaite et à un aspect que justifie le *jucundè* permis en chirurgie. La bouche peut, en effet, s'ouvrir modérément, sans que le moindre dérangement se produise, et sans que l'effort à exercer soit considérable. Il en résulte la possibilité de continuer un exercice fonctionnel important, à l'abri de toute tentative douloureuse. La solidité et la mobilité sont combinées dans une proportion favorable, association qui manque au traitement de la plupart des fractures des membres, non-seulement dans les articulations qui avoisinent immédiatement la lésion, mais même dans celles qui en sont éloignées. Si un pareil inconvénient,

auquel on a cherché à remédier, il est vrai, par les bandages amidonnés et dextrinés, se résume dans un repos prolongé occasionnant la débilitation et l'ennui du malade, l'immobilité forcée de la mâchoire inférieure imprime au traitement des fractures qui l'atteignent des conséquences autrement importantes. En effet, lorsqu'on se contente des bandages ordinaires, indépendamment de la rétraction des muscles élévateurs favorisée par les pièces inextensibles, et de la gêne consécutive qui peut en résulter, il y a obligation de modifier le régime alimentaire et de le réduire à des substances liquides insuffisantes pour une nutrition normale. Cet inconvénient réel des bandages peut-il être annulé par la fronde que nous avons proposée ? Cette question a reçu pour nous une solution démonstrative. Bon nombre de malades atteints de fractures de l'os maxillaire inférieur, soit dans son corps, soit au niveau de ses branches, ont été traités à la clinique de l'hôpital Saint-Eloi ou dans notre pratique particulière, par l'emploi de la fronde à chefs élastiques, et nous nous sommes assuré que, tant en ce qui concerne la durée du traitement que par rapport aux résultats obtenus, l'avantage était dévolu à ce genre d'appareil. Il serait inutile de rapporter ici tous les cas observés ; notre but étant surtout de prouver que la fronde établit une solidité suffisante, qu'elle peut convenir aux formes graves des fractures maxillaires, et qu'elle facilite les pansements dans les cas où diverses complications les exigent, nous avons choisi trois observations qui mettent en évidence le bénéfice qu'on peut tirer de notre appareil. Il restera démontré que s'il est apte à remplir les indications dans les cas difficiles ou compliqués, il devra se montrer réellement avantageux dans les cas simples. Ces cas concernent des fractures du corps de l'os ; nous n'avons pas eu occasion d'observer celles du col des condyles maxillaires.

Obs. 1. *Fracture du maxillaire inférieur par cause directe. — Retard dans le cal par défaut de traitement immédiat. — Application de la fronde élastique. — Consolidation régulière.* — Le nommé Dupuis (Claude), né à Vienne (Isère), âgé de vingt-sept ans, soldat au 1er régiment du génie, est entré à l'hôpital Saint-Eloi au commencement du mois de janvier 1850, pour se faire traiter d'une fracture de la partie moyenne du maxillaire inférieur. On obtint les renseignements suivants :

Ce soldat, qui faisait partie de l'expédition de Rome, avait reçu le 9 décembre, vers les dix heures du soir, au débouché d'une rue de la ville, un violent coup de pierre sur la partie latérale droite de la face, au niveau de la région parotidienne. Le projectile, lancé horizontalement, avait donné lieu à une vive douleur suivie d'un gonflement considérable de la région, et de difficulté dans l'écartement des mâchoires.

Le lendemain de l'accident, et sans avoir été pansé, Dupuis s'embarqua pour

retourner en France, et ne tint que très-peu en compte son état de souffrance, soit pendant la traversée, soit à son arrivée à Toulon. Admis à l'hôpital de cette ville le 23 décembre seulement, Dupuis n'y séjourna que peu de jours, et, désirant se rendre à Montpellier où stationnait son régiment, il partit presque aussitôt pour cette destination, sans faire usage d'aucun appareil. A cette époque, les incisives inférieures étaient ébranlées, et la région du menton était gonflée et douloureuse. Pendant les huit jours d'étapes que fit le malade pour arriver à Montpellier, il souffrait toutes les fois qu'il voulait prendre des aliments, et devait se contenter de ceux qui n'exigeaient aucun effort de mastication.

Admis à l'hôpital après un nouveau délai de quelques jours, Dupuis put enfin être régulièrement examiné, et on n'eut pas de peine à reconnaître une fracture complète du maxillaire inférieur, siégeant au corps de l'os, près de la ligne médiane et dans une direction qui, partant de la canine droite, allait aboutir exactement sur le milieu de la base du menton, au niveau même de la symphyse. La mobilité des fragments était très-appréciable, et la crépitation, quoique déjà affaiblie par le ramollissement des surfaces de la fracture, était encore distincte. Dans les mouvements exécutés par le malade, les muscles de la région sus-hyoïdienne entraînaient le fragment droit en bas et en avant, tandis que le fragment gauche était sollicité en sens opposé par les muscles élévateurs. La différence de déplacement qu'éprouvaient les deux fragments provenait sans doute de ce que le fragment droit comprenait le point d'attache des muscles digastriques et génio-hyoïdiens.

La réduction et la contention des fragments offrirent d'abord quelques difficultés, à cause d'une douleur à caractère inflammatoire. qui se faisait sentir dès les premiers jours de la fracture, et qui fut, en effet, le prélude d'un abcès qui s'ouvrit simultanément dans la bouche et dans la région sous-maxillaire. Cet abcès communiquant avec le foyer de la fracture, comme nous pûmes nous en convaincre par l'introduction d'un stylet, nous fit présumer que la guérison serait lente et peut-être accompagnée d'une nécrose partielle.

La fronde à chefs élastiques n'en fut pas moins appliquée, et nous parut même spécialement convenir, à cause de la facilité avec laquelle on pouvait l'enlever et la remettre, pour maintenir les cataplasmes et autres pièces de pansement exigées par la complication susindiquée. Lorsque l'abcès fut tari, et sa durée fut moins longue qu'on ne l'avait d'abord redouté, la fronde put être appliquée régulièrement, serrée au degré convenable, et nous remarquâmes avec quelle exactitude elle assujettissait surtout le fragment droit, que l'action musculaire tendait à abaisser.

L'appareil fut maintenu jusqu'à l'entière consolidation de la fracture, qui n'eut lieu que d'une manière tardive. A la fin de janvier, les fragments n'étaient pas encore soudés, et l'on put craindre pendant quelques jours qu'il ne se formât une fausse articulation ; mais, à dater du 10 février, les fragments conservèrent des rapports constants et réguliers, et cette adaptation aboutit à un cal solide, qui permit au malade de quitter l'hôpital vers la fin du mois.

Pendant ce temps, le malade n'avait accusé aucune gêne provenant de l'appareil; la mastication n'avait cessé de se faire, mais les aliments avaient été choisis de manière à ne pas exiger d'effort qui pût retarder les phénomènes de cicatrisation osseuse, déjà compromis par l'incurie du malade pendant le premier mois de son accident, et par la formation d'un abcès au foyer de la fracture.

L'observation qu'on vient de lire nous paraît d'un puissant té-

moignage en faveur de notre appareil. S'il est des cas de fracture de la mâchoire inférieure dans lesquels les rapports des fragments, peu altérés par la cause de l'accident et par la contraction musculaire, permettent une guérison naturelle, ou du moins très-médiocrement favorisée par les moyens chirurgicaux, le cas que nous avons rapporté s'éloigne de cette catégorie favorable et oblige de restituer à l'art l'influence curative qui lui appartient. Ici, les suites spontanées de la lésion tendaient à une pseudarthrose. La perte des rapports des fragments produite par l'action musculaire, la négligence de soins immédiats, l'absence même de tout appareil pendant un mois, la formation d'un abcès au foyer de la fracture : tout annonçait des obstacles sérieux au travail de consolidation osseuse ; et si la permanence des rapports entre les fragments n'eût été assurée par l'action d'un appareil fidèle et peu gênant, la conséquence redoutée se fût assurément accomplie. Boyer a vu plusiers cas de non-réunion des fragments ; on trouve aussi dans le journal de Corvisart un exemple rapporté par Horeau, et qui prouve la possibilité d'une pseudarthrose. Il s'agissait, à la vérité, dans ce dernier cas, d'un coup de feu qui avait produit de graves désordres. Nous avons vu nous-même, chez un blessé de l'armée d'Orient, un cas dans lequel la perte d'une partie de l'os avait entraîné une fausse articulation très-gênante. Nous pouvons donc considérer comme excluant tout reproche d'insuffisance, sous le rapport de la solidité, un appareil qui a favorisé la consolidation, compromise par des causes si diverses, et, en dernier lieu surtout, par la suppuration des fragments.

Quand on se rappelle le fait de Monteggia, où les fragments d'une fracture consécutive à un coup de bâton furent envahis par une inflammation suppurative qui s'étendit au périoste de l'os tout entier, et détermina une nécrose générale qui finit elle-même par la mort, on sera disposé à reconnaître toute l'importance d'un appareil qui, en permettant des pansements réguliers, a contribué à la simplification de l'accident survenu chez notre malade, et l'a réduit à des proportions exemptes de tout danger. Ce cas, entièrement assimilable à celui qu'à cité M. Neucourt [1], où le pus se fit jour à la fois sous le menton et par la bouche, a permis de remarquer une cessation bien plus prompte des accidents et une terminaison définitivement aussi favorable qu'on pouvait le désirer.

(*La suite au prochain numéro.*)

[1] Observation de fracture de la mâchoire inférieure. Journal de chirurgie, par M. Malgaigne, 1843.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la préparation du tartrate de potasse, d'ammoniaque et du peroxyde de fer liquide.

Les travaux pharmacologiques de MM. Soubeiran et Capitaine, ainsi que ceux de M. Mialhe, sont venus placer le tartrate ferricopotassique au premier rang parmi les nombreuses préparations ferrugineuses; aussi son emploi en thérapeutique est-il aujourd'hui des plus vulgaires. Ce sel ne pouvant être conservé en solution dans l'eau à cause de sa prompte décomposition, un pharmacien de Paris, M. Carrié, a eu l'idée d'en assurer la solubilité et surtout la conservation par l'addition de l'ammoniaque. Voici le mode de préparation que l'auteur recommande :

Prenez 500 grammes de bitartrate de potasse, faites-en dissoudre la moitié dans 3 kilogrammes d'eau distillée à chaud; saturez cette solution de sesquicarbonate d'ammoniaque pur; ajoutez l'autre partie de sel potassique; chauffez à une chaleur pas trop forte, en ajoutant peu à peu du peroxyde de fer en bouillie jusqu'à excès; filtrez ensuite pour séparer l'oxyde non combiné; remettez sur le feu et évaporez à la chaleur du bain-marie, jusqu'à ce que la liqueur froide marque 7 degrés au pèse-sirop; ajoutez quelques gouttes d'ammoniaque liquide; agitez; laissez déposer vingt-quatre heures; filtrez une dernière fois et conservez pour l'usage.

Cette préparation de tartrate de potasse, d'ammoniaque et de peroxyde de fer ainsi obtenue est, dit M. Carrié, un liquide d'un goût agréable, d'une couleur brune rougeâtre, d'une conservation indéfinie, et contenant 1 partie de fer sur 9 d'eau.

Sirop de café composé contre la coqueluche.

Lorsque la coqueluche a résisté aux agents les plus ordinairement mis en œuvre, le sirop suivant, qui n'est que la formule donnée par M. Delahaye, légèrement modifiée, sera employé avec un plein succès. Nous l'avons expérimenté bien souvent, dit le docteur Courbassier, dans des localités où la coqueluche apparaît chaque année avec un caractère épidémique, et il nous a rarement fait défaut. Voici son mode de préparation.

Prenez 250 grammes de café Moka, ou Martinique, peu torréfié, en poudre; traitez par déplacement au moyen de l'eau bouillante de manière à obtenir :

Infusé.............................. 500 grammes.

Faites dissoudre dans ce liquide :

Extrait alcoolique de belladone.............	5 grammes.
Extrait alcoolique d'ipécacuanha............	5 grammes.
Extrait alcoolique de quinquina............	2 grammes.

Ajoutez :

Sucre..................................	500 grammes.

Traitez au bain-marie et filtrez.

La dose pour les enfants de trois à cinq années est de 15 grammes, répétée trois fois dans la journée : le matin, à midi, et le soir au moment du coucher. Au-dessous de cet âge, on diminue la dose de moitié.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des effets physiologiques déterminés par les bains de moutarde.

Les effets physiologiques déterminés par les bains de moutarde sont loin d'être complétement identiques à ceux que les auteurs ont décrits. La plupart d'entre eux ont jugé de ces effets par analogie ; or, cette sorte de raisonnement a été fréquemment la cause de bien des erreurs, en médecine surtout. Dans les sciences d'observation, il faut baser ses jugements et ses opinions seulement sur des faits observés avec soin et surtout sans idées préconçues. Les bains de moutarde fournissent une nouvelle preuve à l'appui de la vérité de ces réflexions. En effet, jusqu'à ce jour, on a considéré les phénomènes déterminés par ces bains comme parfaitement analogues à ceux qui apparaissent sous l'influence de l'action des sinapismes. Or, le sinapisme détermine, au niveau du point où il est appliqué, d'abord une légère sensation de picotement, puis plus tard de la cuisson, avec de légers battements isochrones à ceux du pouls ; la cuisson devient de plus en plus vive, à mesure que se prolonge l'application du topique, et elle ne tarde pas à se transformer en sensation de chaleur et de brûlure, et à s'accompagner de tuméfaction légère de la peau et d'une rubéfaction plus ou moins intense.

Ce sont là les phénomènes observés le plus ordinairement : la vésication et la mortification sont des faits exceptionnels, qui ne se produisent que dans des cas particuliers, aussi n'en parlons-nous point.

Le bain de moutarde, a-t-on dit, est un *sinapisme général ;* alors, raisonnant par analogie, on a avancé, sans chercher à contrôler ces assertions par des faits bien observés, que ce bain produisait

exactement les mêmes phénomènes que le sinapisme, avec cette seule différence qu'il agissait sur toute l'enveloppe cutanée. Voyons maintenant ce que l'observation attentive de onze bains nous a enseigné, et si les phénomènes notés sont parfaitement identiques à ceux décrits jusqu'à présent.

Voici comment nous avons été amené à étudier cette question. M. le professeur Trousseau, ayant prescrit quelques bains de moutarde dans sa pratique privée, fut fort étonné d'entendre ses malades se plaindre d'avoir éprouvé des sensations singulières d'horripilation. Voulant vérifier l'exactitude et la réalité des assertions de ses malades, il ordonnna plusieurs bains de moutarde dans son service. Nous avons alors, d'après ses conseils et sur ses indications, étudié avec soin l'action de ces bains ; c'est d'après ces faits que je vais tâcher de tracer de mon mieux les curieux phénomènes physiologiques déterminés par ce puissant remède. Je n'ai d'autre prétention, en les consignant ici, que de me faire le narrateur des faits qui ont été observés, notés, décrits pour la première fois, que je sache, par M. le professeur Trousseau.

Les effets physiologiques qui surgissent sous l'influence des bains de moutarde peuvent être divisés, pour faciliter leur description, en deux groupes principaux. C'est là, on le comprend, une division purement artificielle, tout à fait arbitraire et qui, en réalité, n'existe pas, attendu que toutes ces manifestations marchent parallèlement ; mais elle nous permettra de mieux exposer ce que nous avons observé. Dans un premier groupe, je range tous les phénomènes curieux et imprévus d'*algidité*, que je considère comme étant de nature *convulsive*. C'est par eux que je commencerai, car ils ont toujours été très-saillants et ont constamment dominé la scène pathologique. Puis je terminerai par les phénomènes de *sinapisation* proprement dits, que je réunis dans le deuxième groupe.

Phénomènes d'algidité convulsifs. — Ces effets se sont toujours manifestés de la façon suivante : d'abord, quelques minutes après l'entrée dans le bain, cinq à dix minutes le plus souvent, lorsque la température initiale du bain était au-dessous de trente degrés, plus tard, quand elle était supérieure, les malades ont éprouvé des frissonnements erratiques, courant sur les reins, sur le ventre, sur le dos, sur les membres. Puis, ces frissonnements se sont prononcés de plus en plus et ont fait bientôt place à une sensation de froid générale, marquée surtout au niveau des reins et du ventre. Alors ont apparu des horripilations, des grelottements, quelques frisson-

nements avec un peu de tremblement des lèvres et des membres, et une légère altération de la face.

Ces phénomènes ayant augmenté d'intensité, des frissons intenses et répétés, des tremblements de tous les membres, des claquements de dents ont surgi, la figure s'est altérée, et de plus en plus la parole est devenue brève et saccadée, et les malades ont accusé un froid excessif. Ces singuliers accidents suivant une marche toujours ascendante, il y eut des frissons, des tremblements incessants d'une intensité excessive, assez forts pour faire jaillir l'eau de tout côté et avec chair de poule, des grelottements, des claquements de dents, avec décomposition des traits; de plus, les malades se plaignaient beaucoup et accusaient la sensation d'un froid glacial. Arrivées à cette période, les malades comparèrent leur bain à un bain de glace; il leur semblait qu'elles étaient environnées de glaçons qui les cerclaient de tous côtés. Alors la souffrance devint telle qu'elles ne voulurent plus rester dans le bain, et qu'elles exigèrent qu'on les en fît sortir de suite.

Fait digne de remarque, au milieu de tous ces phénomènes, la peau est restée à la température du bain, elle a été plus ou moins rubéfiée et le siége de picotements d'intensité variable; enfin, le pouls s'est accéléré légèrement et s'est serré un peu seulement.

Ces effets n'ont pas toujours été aussi accusés et aussi complets; dans quelques cas, les malades n'ont présenté qu'une sensation de froid général avec frissonnements, horripilations, grelottements, léger claquement de dents et altération commençante de la face; mais jamais ils n'ont manqué: faibles ou intenses, nous les avons toujours constatés. Plus la température du bain descendait au-dessous de 30 degrés, et plus ces phénomènes nous ont paru acquérir d'intensité; plus, au contraire, la température s'élevait au-dessus, et moins ils étaient marqués. Il nous a suffi plusieurs fois d'élever la température du bain pour les atténuer, mais jamais ils n'ont complétement disparu. Une fois les malades sorties du bain, le plus ordinairement les frissons, la sensation de froid ont cessé très-rapidement, quelquefois cependant ils ont persisté quelques minutes après, mais bientôt ils ont disparu et fait place aux phénomènes de sinapisation proprement dits, que nous allons décrire maintenant.

Quant aux *phénomènes de sinapisation*, les seuls qui aient été observés et décrits, voici quels ils ont été: Après quelques minutes, si la température du bain était supérieure à 30 degrés, plus tard si elle était inférieure, les malades ont ressenti d'abord quelques picotements légers, peu accusés sur les seins, sur le bas-ventre, sur les

bras ; ces picotements n'ont pas tardé à se généraliser et à devenir de plus en plus intenses, et à déterminer un sentiment de cuisson ; alors s'est développée la rubéfaction cutanée, qui au début a été légère, disséminée par plaques sur la poitrine, sur les bras et qui, dans quelques cas, s'est rapidement généralisée et est devenue très-intense et a même présenté l'aspect scarlatineux.

Le plus souvent les phénomènes de sinapisation ont suivi une marche ascendante parallèle à celle des phénomènes algides ; mais plusieurs fois, quand ces derniers ont été très-accusés, il y a eu en quelque sorte rétrocession des premiers. Les picotements sont restés parfois très-légers pendant toute la durée du bain, et la rubéfaction assez souvent a été à peine marquée, elle était alors caractérisée par quelques plaques rouges ou rosées disséminées sur le cou, la poitrine ou les membres supérieurs. Mais, dans ces cas, aussitôt que la malade était sortie du bain et qu'elle était complétement réchauffée, la rubéfaction se développait, acquérait une grande intensité et s'accompagnait de picotements généraux, qui persistaient jusqu'au lendemain matin.

Concurremment le pouls s'accélérait et présentait une certaine ampleur.

1° Phénomènes algides, méconnus jusqu'à ce jour et dont nous devons la connaissauce à M. Trousseau ;

2° Phénomènes de sinapisation décrits par tous les auteurs ;

Tels sont, en résumé, les effets physiologiques déterminés par les bains de moutarde.

Avant de terminer, quelques mots encore sur ces singuliers et curieux phénomènes algides. Quelle peut être leur signification ? Je suis très-disposé à les considérer comme de nature convulsive. Je crois que ce sont de véritables accidents convulsifs qui se développent sous l'influence de l'action puissante et spéciale déterminée par le principe actif de la moutarde sur les rameaux terminaux des innombrables branches nerveuses qui se distribuent à toute l'enveloppe tégumentaire ; ces convulsions impriment une secousse énergique, un ébranlement profond à tout le système nerveux. Les bains de moutarde ne seraient donc pas seulement des rubéfiants généraux, mais constitueraient encore des *agents perturbateurs* puissants du système nerveux. C'est là une nouvelle propriété fort importante et qui peut trouver et trouvera, espérons-le, de nombreuses et utiles applications en médecine.

Dr E. A. Bonfils,
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivie d'une étude sur de nouveaux moyens préservateurs des maladies vénériennes, par M. le docteur Diday, ex-chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon (hôpital des vénériens).

Analyser ce nouveau livre de M. le docteur Diday, ce serait tout simplement exposer, ce qui n'est pas nécessaire pour nos lecteurs, la doctrine de l'illustre médecin de l'hôpital du Midi. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que le médecin de Lyon, tout en se montrant toujours, dans la plupart des questions fondamentales de cette doctrine, l'adepte convaincu de la nouvelle école, ne laisse pas cependant, par des nuances graves, de s'en séparer complétement. Ce que nous disons là, nous l'avons dit déjà, et loin que ce livre nouveau de M. Diday nous soit un motif de modifier ce jugement, nous sommes convaincu, au contraire, qu'à le lire attentivement, tout lecteur impartial trouvera qu'il vient confirmer la justesse de notre appréciation. Nous disons que le savant médecin de Lyon se sépare formellement de l'école *almà parens* de Paris sur quelques points capitaux ; mais cette séparation, ce schisme est bien plus radical au fond qu'il ne le paraît d'abord, si, au lieu de compter les assertions contradictoires, on pèse, au poids de la logique, ces assertions, ces dogmes nouveaux, si l'on veut, et qu'on en mesure les conséquences. Pour ne point nous engager dans une polémique sans fin, nous nous contenterons d'énucléer de l'ouvrage de l'habile médecin de Lyon quelques-unes des questions qu'il a le plus compendieusement traitées, et dont la solution, telle qu'il la propose, implique les conséquences graves dont nous parlions tout à l'heure, relativement aux principes absolus de l'école de l'hôpital du Midi. La première de ces questions a trait à la transmissibilité des accidents locaux de la syphilis secondaire. L'auteur s'est d'abord appliqué à réfuter, comme entachés d'illusion, les faits sur lesquels une foule d'auteurs contemporains se sont appuyés pour établir la possibilité de cette transmission. Là partout, il n'y a, suivant M. Diday, que de fausses ressemblances, ou des accidents secondaires vrais, mais provoqués par un traumatisme fortuit chez un syphilitique constitutionnel. Critique plein de ressources, rompu depuis longues années aux luttes d'une polémique ardente, homme d'infiniment d'esprit, trop homme d'esprit peut-être, M. Diday fait naître des doutes là où il semblait que les plus vives lumières avaient été concentrées. Et pourtant, nous devons le dire hautement, malgré toute

son habileté, peut-être à cause de cette habileté même, il ne convainc pas. Cette discussion terminée, discussion, nous le répétons, où il efface les rhéteurs les plus habiles par l'imprévu de ses arguments, la souplesse de sa critique, la fécondité d'une imagination inépuisable, *lassata non satiata recessit*, le médecin de Lyon passe à l'examen des faits d'inoculation artificielle, à l'aide desquels quelques rares auteurs ont osé chercher à démontrer la transmissibilité des accidents secondaires. Ici M. Diday, sans s'avouer vaincu, faiblit un peu cependant ; écoutez plutôt : « Ces défalcations opérées (les faits précédents), dit-il, reste la seconde catégorie, celle des inoculations de pus secondaire à des individus sains. Eh bien ! celle-ci, — si elle doit conserver quelques faits, — verra dans leur rareté un premier motif d'en suspecter le langage. Mais écartons ce qui n'est que présomption : pesons leur signification logique. S'agit-il, dans ces expériences, de quoi que ce soit qui rappelle de près ou de loin le procédé naturel, clinique, sexuel, de la transmission vulgaire ? Jugez-en : non-seulement on inocule à la lancette, mais on fixe à demeure sur les scarifications la matière contagieuse ; — mais on l'y maintient au moyen d'un pansement par occlusion ; — mais on l'y enfonce à l'aide d'une petite baguette de bois ! (Waller). Aussi, si de tels procédés sont restés jusqu'à présent sans imitation spontanée, si, à cette grossière manifestation de l'art, on n'entend nulle voix répondre dans la nature, n'en soyez pas surpris. »

Quandòque bonus dormitat Homerus... Le médecin de Lyon voit que nous ne le ravalons point ; mais après cette apothéose qui le fera sourire, s'il n'en rougit pas, nous lui dirons humblement qu'il nous semble que sa logique ordinaire lui fait ici défaut. Admettez-vous, oui ou non, lui dirons-nous, que du pus secondaire, mis en contact d'une façon quelconque, transmette la lésion dont ce pus est le produit ? Si vous l'admettez, la question est résolue, la syphilis peut germer sous cette forme, à cet âge de sa vie, sur le sol humain. Ce fait accepté, les commentaires qui suivent ne le sauraient détruire. Les accidents de la vie, aidés de la corruption humaine, sauront bien dans quelques cas réaliser cette grossière industrie de l'expérimentation. Cela arrivera rarement ? soit ; mais c'est précisément ce que vos adversaires prétendent ; vous êtes donc d'accord.

Maintenant, il y a un grand fait que M. Diday a rigoureusement établi, et dans le présent ouvrage, et dans le Traité de la syphilis chez les nouveau-nés : c'est qu'à cet âge de la vie, la syphilis constitutionnelle se transmet avec une puissance de reproduction presque égale à celle de la vérole primitive. Or, qui ne voit combien ce

résultat, désormais inattaquable, jette de lumière sur les faits précédents, et peut, à un jour donné, dissiper l'obscurité que présentent encore ces faits. S'efforçant de faire ressortir les différences qui existent entre l'évolution du virus syphilitique chez l'homme fait et chez l'embryon, M. Diday marque ces différences par les paroles suivantes : « . . . . Le virus congénital, d'où qu'il vienne, préexiste au développement de l'être, imprime son cachet à tout le mouvement qui va faire de l'ovule un embryon, de l'embryon un fœtus. Pendant neuf mois, le *nisus* créateur ressentira sans relâche son influence. Pas une fibre, pas une cellule ne s'ajoutera, sans que la perversion dyscrasique les vicie. Les fonctions et l'accroissement du germe devenant homme n'échapperont pas une minute au poison toujours présent, toujours actif. Je caractérise d'un mot cette différence fondamentale : chez l'adulte, le virus n'altère que les éléments de la nutrition ; chez le fœtus, il altère à la fois ceux de la formation et ceux de la nutrition. » Nous pourrions demander à l'auteur comment il distingue les deux éléments dont il vient de parler : nous nous contenterons, pour nous, de dire que nous ne saisissons pas cette distinction dans la forme matérielle, sous laquelle on la produit, et que, dans notre opinion, cette différence, qui est réelle, se résout en une différence de vitalité, d'intensité de vie, si l'on veut. Ceci posé, appliquez cette vue à la syphilis secondaire chez l'adulte, et dites-nous si la vie, avec sa mobilité, ses fluctuations, les mille accidents qui la peuvent traverser, ne peut, dans quelques cas, donner au pus syphilitique secondaire la puissance d'inoculabilité si fortement inhérente au même virus, que nous indiquions tout à l'heure? Mais en voilà assez sur ces questions, et sans vouloir profaner, par une analyse nécessairement insuffisante, un livre qui vaut surtout par l'enchaînement logique des déductions exprimées ou sous-entendues, par le luxe des images dans lesquelles l'auteur se plaît à faire resplendir sa pensée, par la verve, la hardiesse des expressions qui vous feraient parfois croire que vous êtes en face d'une science nouvelle, et qu'une analyse, quelle qu'elle fût, ne saurait faire revivre ; sans faire l'analyse d'une telle œuvre, disons-nous, indiquons encore au moins quelques-unes des questions sur lesquelles l'auteur s'est complu à fulgurer les éclairs de son esprit.

Parmi ces questions, nous indiquerons surtout celles qui ont trait à l'unicité de la vérole constitutionnelle dans une existence humaine, à la théorie que propose le médecin de Lyon pour expliquer, dans un certain nombre de cas, la transmission de la syphilis secondaire à la femme par son mari contaminé, mais libre actuellement de

toute manifestation, et enfin aux moyens préservatifs des maladies vénériennes. Sur tous ces points, si l'auteur ne convainc, il fait au moins penser. Toutes ces discussions sont admirablement conduites, et rappellent heureusement les travaux, les leçons où le maître s'est montré le plus heureusement inspiré. Nous ne ferons sur tout cela qu'une remarque, et cette remarque est relative à la forme. Nous pensons, comme le médecin de Lyon, que l'erreur ne saurait se réclamer de la tombe comme d'un droit d'asile inviolable; mais, qu'elle s'adresse aux morts ou aux vivants, la critique doit être polie, délicate, et s'interdire comme un crime les gros mots. Qu'on se le persuade donc enfin, la vérité arrive d'autant plus sûrement à l'intelligence, et la dompte d'autant mieux qu'elle y emploie moins l'artifice de la passion. Il y a çà et là, dans le livre de M. Diday, quand il s'agit de Vidal, des mots que, dans l'intérêt du savant médecin de Lyon, nous voudrions pouvoir effacer : nous ne pouvons que les oublier; mais qu'en retour de cette amnistie, l'auteur nous permette de lui rappeler, sous une forme qui lui plaira à coup sûr, une petite leçon de l'histoire. « Louis de Bourbon (Condé) joutant avec un répondant de Navarre ! quel nouveau et curieux chapitre il eût fallu ajouter au récit de ces mémorables disputes, peu rares dans la vie du héros, et que ses affidés, poliment, étaient convenus d'appeler les contestations de M. le Prince! La Fontaine nous peint Condé, en ces rencontres, ravi, quand on le pouvait combattre par une foule d'autorités, s'enflammant dans la controverse, et n'ayant jamais plus d'esprit que quand il avait tort. Boileau, lui aussi, dans ces prises, avait été témoin, acteur même quelquefois; et qui ne sait qu'à la suite d'un de ces vifs conflits entre Louis de Bourbon et Despréaux, ce dernier, tout étonné de l'impétueuse fougue de Condé, de sa véhémence, du feu de ses regards, protesta qu'à l'avenir il serait toujours de l'avis de M. le Prince, surtout quand Son Altesse Sérénissime aurait tort (1)? »

Homère ou Condé, que M. Diday choisisse; mais que la bienveillante exagération de l'antonomase lui serve de leçon, pour qu'à l'avenir la critique, sous sa plume éloquente, se montre plus courtoise, plus modérée.

(1) Etudes sur la vie de Bossuet, par Floquet, t. I, p. 119.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Rhumatisme articulaire aigu traité par le sulfate de quinine. — Accidents cérébraux au huitième jour de la maladie. — Sangsues derrière les oreilles et vésicatoires sur les articulations malades. — Guérison du rhumatisme cérébral. — L'attention s'est fixée dans ces derniers temps sur les accidents cérébraux qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, et nous avons fait connaître les formes principales sous lesquelles ces accidents peuvent se présenter, accidents décrits généralement sous le nom de *rhumatisme cérébral*. L'occasion s'est présentée malheureusement trop souvent de faire l'examen des centres nerveux dans cette affection, et cet examen s'est montré presque toujours favorable à l'opinion qui fait du rhumatisme une affection *sine materiâ ;* car on n'a pu saisir aucune lésion de quelque importance. Mais ces nombreux examens cadavériques ont eu leur côté fâcheux, ils ont jeté dans l'esprit des médecins la conviction profonde de la gravité extrême de ces accidents, et jusqu'à un certain point même de l'inutilité de leurs efforts. C'est pour lutter autant qu'il est en nous contre une pareille tendance à désespérer des ressources de la thérapeutique, que nous donnons place au fait suivant :

Louis Gamery, âgé de trente et un ans, ouvrier des ports, entre le 5 mars à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 21, dans le service de M. Moutard-Martin ; c'est un homme de forte constitution, vigoureusement musclé, à taille élevée, au teint coloré, d'un tempérament sanguin. Peau brune, cheveux noirs. Il n'a eu aucune affection antérieure, jamais de douleurs rhumatismales, et ne connaît personne dans sa famille qui en ait été affecté ; il est malade depuis six jours, et son affection est survenue sans cause occasionnelle, car il s'expose depuis longtemps déjà à l'humidité.

La maladie a débuté par un frisson avec claquement de dents et douleurs générales dans tous les membres, surtout dans les articulations ; il a été obligé de garder le lit. La fièvre a été modérée, l'appétit toujours bon. A son arrivée on constate un épanchement dans les deux genoux, qui ne sont pas même injectés ; les articulations du cou-de-pied, de l'épaule, du coude et du poignet sont douloureuses. Peau chaude, sueur abondante et un peu fétide, 92 pulsations ; le pouls est régulier, de force moyenne, pas de souffle au cœur, battements réguliers. Céphalalgie modérée, face très-injectée, pupilles dilatées, langue humide sans enduit, soif, appétit normal.

— Bourrache sp., sulfate de quinine 1gr,50, en potion; ouate laudanisée et 4 bouillons.

Le 7, on porte la dose du sulfate à 2 grammes.

Dans la nuit du 7 au 8, le malade a eu un peu de délire; le matin il est dans son état habituel, la face est toujours très-injectée; pas de signes dénotant l'action du sulfate de quinine sur le cerveau, ni vertiges, ni bourdonnement d'oreilles. (Il ne fait pas d'excès de boisson).—On continue à 2 grammes le sulfate de quinine; on prescrit en outre 3 pilules de 2 centigrammes d'opium.

Le délire recommence dans la journée du 8, et persiste le 9 à la visite du matin; le malade a l'air égaré, la face excessivement injectée, brûlante, couverte de sueur; il est peu agité, mais il cause et crie presque continuellement. Pupilles dilatées et égales. Peau chaude, moite, 84 pulsations, pouls petit et mou. La veille il a été assez agité pour qu'on ait dû lui mettre la camisole de force. Il accuse encore des douleurs dans les genoux et les poignets. — Vésicatoire sur chaque genou, 12 sangsues derrière les oreilles, qu'on appliquera une à une; on supprime l'opium et le sulfate de quinine.

Le soir, l'état du malade est le même, il s'agite beaucoup, on a dû lui laisser la camisole, il parle à haute voix presque sans interruption et déraisonne complétement.

La nuit, au contraire, il est très-calme et dort; le 10 au matin le délire a disparu, la transpiration est très-abondante, le pouls est à 80, il y a un peu de céphalalgie. Il ressent encore quelques douleurs articulaires. — 60 centigrammes de calomel en trois doses.

Les douleurs deviennent beaucoup plus vives dans la journée; il ne peut plus remuer les membres. Plusieurs selles. Pas de céphalalgie. Le 11 on prescrit encore 30 centigrammes de calomel.

A partir de ce jour le délire n'a plus reparu. Le malade réclame avec instance des aliments : on lui accorde de l'eau vineuse ; le 14 on donne de nouveau 75 centigrammes de sulfate de quinine en potion. Dans la journée il éprouve une forte céphalalgie. Les douleurs diminuent aussi très-notablement dans toutes les articulations malades. La fièvre est toujours modérée, le pouls ne dépasse pas 85, quoique la chaleur soit vive et la sueur abondante. On continue le sulfate les jours suivants, et le 17 on le porte à la dose de 1 gramme. La céphalalgie ne reparaît pas : on le supprime le 18. Le malade a eu, les jours précédents, sur le cou et le tronc, une abondante éruption miliaire à base rouge.

Depuis le 18 la maladie n'offre plus rien d'intéressant; il y a eu encore des oscillations dans les douleurs, qui ont quelquefois disparu

complétement pendant un ou deux jours, pour reparaître encore. Le pouls ne s'est plus élevé au delà de 70 pulsations. Néanmoins la chaleur était encore prononcée et la sueur assez abondante. On finit par céder à ses instances et on lui accorde une portion d'aliments le 18, bientôt deux portions. Le traitement a consisté d'abord en une potion avec 30 centigrammes d'extrait d'aconit, puis en poudre de Dover à la dose de 50 centigrammes, avec 4 pilules de 2 centigrammes d'opium et des bains de vapeur. Enfin cet état subaigu ne cède que le 3 avril; il persiste seulement quelque douleurs articulaires. Le malade sort le 5 avril.

Nous avons déjà fait remarquer l'importance de ce fait, au point de vue du pronostic, regardé généralement et avec raison comme très-grave, du rhumatisme cérébral : la mort n'est donc pas la règle absolue dans les cas de ce genre, et toutes les fois que les accidents ne marchent pas avec une de ces rapidités qu'on peut appeler foudroyantes, l'intervention de l'art est utile, et le succès peut couronner les efforts du médecin. Seulement, en face de la médication complexe qui a été mise en usage dans le fait précédent, il est difficile de savoir au juste quel est, des moyens employés, celui qui a réussi. Nous penchons beaucoup vers l'application des sangsues, et le mode suivant lequel elle a été faite, en prolongeant l'écoulement du sang pendant plusieurs heures, a dû rendre les effets de cette application encore plus marqués; c'est aussi à cette application de sangsues que M. Moutard-Martin a rapporté le succès qu'il a obtenu, dans la communication qu'il a faite à la Société médicale des hôpitaux.

Il est, du reste, quelques autres circonstances qu'il n'est pas sans utilité de noter : ainsi l'opium a échoué, malgré les apparences qui pouvaient faire croire à un *delirium tremens* et, d'un autre côté, à peine les phénomènes cérébraux ont-ils été calmés qu'une recrudescence nouvelle s'est montrée dans les douleurs articulaires, comme pour témoigner de la métastase favorable qui s'opérait dans les jointures. Enfin, la preuve que le sulfate de quinine n'avait rien à voir dans les accidents cérébraux, c'est que, repris très-peu après, mais il est vrai à dose assez modérée, il n'a été suivi d'aucun accident.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Atrophie *de plusieurs muscles des extrémités supérieures, bons effets de l'emploi de l'électrisation localisée.* Nos lecteurs se rappellent l'intéressant mémoire de M. Duchenne, que nous avons publié (t. XLIV); malgré les améliorations remarquables obtenues chez des malades atteints d'atrophie

musculaire, placés dans les cliniques officielles de la Faculté, M. Becquerel n'a pas hésité à proscrire l'électrisation du traitement de cette redoutable affection, oubliant le précepte de Celse : *An satis prœsidium sit, si unicum est.* Comme l'électrisation localisée est la seule ressource dont la thérapeutique dispose contre l'atrophie musculaire, il importe de témoigner, par de nouveaux résultats, de la réalité des conclusions formulées dans ce journal; en voici un cas observé par le docteur Todd, à Londres. — John H..., âgé de vingt ans, est admis, le 9 mars, à l'hôpital du Collége du Roi, pour y être traité d'une atrophie de plusieurs muscles des bras et du tronc. Ce garçon jouissait d'une bonne santé et il avait une grande force musculaire jusqu'à l'époque où, occupé comme jardinier, il y a deux ans environ, il se sentit lourd au travail. Son occupation consistait principalement à porter de lourds fardeaux, et cela durant dix heures par jour. Dès lors, il perdit peu à peu sa force musculaire et se plaignit de douleurs dans les épaules et les bras. Lors de son admission, le malade se plaint seulement de la perte complète de certains mouvements des membres supérieurs; ainsi il peut à peine porter l'une des mains jusqu'à son menton, l'autre jusqu'à son front. L'on constate une atrophie considérable de certains muscles, surtout ceux du tronc, la partie inférieure des trapèzes, les rhomboïdes, le grand dorsal, les pectoraux et même les deltoïdes. Le triceps a aussi diminué de volume, le biceps a presque disparu. Los muscles de l'avant-bras sont à l'état normal. L'altération est moins prononcée à gauche qu'à droite. Le malade fut traité par l'électro-magnétisme, agissant sur chaque muscle séparément. Une amélioration sensible se manifesta bientôt. Au bout d'un mois de traitement, le trapèze se contractait notablement; tout le bras gauche, surtout le biceps, avaient acquis une plus grande force, et le déplacement du scapulum pendant l'élévation du bras était bien moindre qu'auparavant. Cette observation peut s'ajouter à celles contenues dans le mémoire de M. Duchenne; elle prouve que sous l'influence de l'électrisation localisée l'atrophie peut, sinon disparaître, au moins être enrayée dans sa marche progressive. Ce résultat est d'autant plus à mettre en relief que, toutes choses égales d'ailleurs, le succès de la tentative sera plus prompt et plus complet toutes les fois que le moyen thérapeutique aura été employé au début de la maladie. (*British med. Jour.* et *Gazette hebd.*, juin.)

Cautérisation (*De la substitution de l'opium à la morphine pour prévenir la douleur pendant la*). La question économique intéresse la pratique de la médecine, et souvent nous sommes contraints, chez les malades peu fortunés, à laisser de côté des ressources thérapeutiques réelles, vu le prix élevé des substances. Ainsi le mélange d'un tiers ou d'un quart de chlorhydrate de morphine avec le caustique de Vienne, indiqué par M. Piedagnel, sera, quelquefois, chose trop dispendieuse lorsqu'il s'agira de l'appliquer à la destruction de parties malades d'un certain volume. M. Massart, qui s'est préoccupé de ce côté de la question, rappelle que le mélange d'un caustique avec une préparation d'opium, d'un prix bien inférieur à celui du sel de morphine, peut produire le même effet, c'est-à-dire une cautérisation complète, sans déterminer de douleurs. Cette indication, il l'a trouvée dans les leçons de thérapeutique et de matière médicale de Barthez. On y lit, en effet : « Si en appliquant un caustique, on y joint l'opium, cette addition diminue considérablement la douleur. Un chirurgien suédois est parvenu, disait-il, à appliquer le cautère dans une hydrocèle, presque sans douleur. » En note, l'éditeur du Cours de Barthez, le professeur Senaux, rapporte le fait suivant : « Il y a environ trente-six ans, feu le docteur Baumolle, chirurgien à Montpellier, fit l'amputation d'une tumeur énorme et d'un caractère cancéroïde. L'excision faite, une mauvaise suppuration s'établit; il s'élevait de toute la surface de cet ulcère des chairs baveuses, fongueuses, saignantes et extraordinairement sensibles, qui offraient à l'œil l'aspect d'un ulcère cancéreux. Le plus léger cathétérique excitait les douleurs les plus vives, et réduisait le malade dans un état presque convulsif. Dans cet état de choses, Baumelle fit fondre plusieurs pierres à cautère dans suffisante quantité de teinture anodine de Sydenham, dans laquelle il avait fait dissoudre préalablement 12 grains d'opium; il étendit ce remède sur tous les points de l'ulcère où il y avait des escarres à former et des chairs de mauvaise qualité à détruire, sans que le malade éprouvât la moindre sensation douloureuse. La chute de l'escarre

eut ensuite lieu; l'ulcère se détergea et fut conduit à cicatrice. — J'ai fait usage de ce mélange de l'opium et de la pierre à cautère dans des cas moins graves, à la vérité, que celui de mon ami Baumelle, et spécialement des ulcères vénériens situés sur des parties très-sensibles, et j'en ai retiré, comme lui, d'excellents effets. »

Le fait de Baumelle prouve donc, dit M. Massart, que l'application de la potasse caustique a lieu sans déterminer de douleur, même sur des parties vivantes, affectées d'hypéresthésie (circonstance qui double la valeur de la démonstration), si on fait dissoudre le caustique dans quantité suffisante de laudanum de Sydenham saturé d'opium; — que cette préparation, mélangée avec un caustique, présente la même efficacité anésthésique que l'hydrochlorate de morphine et une économie que l'on ne rencontre pas dans l'emploi de ce sel; — enfin que la potasse caustique associée à l'opium, suivant le procédé de Baumelle, *cautérise sans douleur*, fait expérimental intéressant, parce qu'il est tout à fait en opposition avec ce mot de M. Piédagnel: « La potasse caustique pulvérisée et mélangée avec l'hydroclorate de morphine cautérise la peau *avec douleur*. » — Nous ne partageons pas l'opinion de M. Massart quant à la contradiction qu'il trouve entre l'assertion de Baumelle et Senaux et celle de M. Piédagnel; les chirurgiens de Montpellier ont expérimenté leur mélange caustique seulement sur des parties ulcérées, tandis que le médecin de l'Hôtel-Dieu parle seulement de la cautérisation de la *peau*; or, la cautérisation indolore d'un tissu morbide n'implique pas qu'on doive obtenir le même résultat lorsque l'action chimique s'exercera sur un tissu sain. (*Revue de thérapeutique*, mal.)

Chardon-Marie et chardon béni. (*Expériences cliniques sur l'action antihémorrhagique des semences de*). M. le docteur Lobach vient de communiquer à la Société physico-médicale de Vurtzbourg le résultat d'essais entrepris avec ces plantes, fort employées en Allemagne, surtout par Rademaker et ses adeptes. Les expériences de M. Lobach concernent principalement le chardon-Marie, à l'égard duquel il s'exprime ainsi: « Son action, dans les cas que j'ai observés, a été tellement étonnante, que je puis assurer, à bon droit, que dans tout notre arsenal thérapeutique, nous ne possédons aucun agent qui puisse être comparé aux semences du chardon-Marie dans les cas de menstruation exagérée, de métrorrhagies chroniques et de mélœna, vu que non-seulement elles arrêtent immédiatement l'hémorrhagie, mais en préviennent encore le retour lorsqu'on les administre d'une manière un peu continue. » Suivant les observations communiquées par ce médecin, ces semences réussirent même dans les cas de métrorrhagie les plus intenses, et dans lesquels tous les autres moyens avaient été employés sans succès. Profitant de l'expérience acquise, l'auteur est porté à admettre que le chardon-Marie se montre efficace surtout dans les métrorrhagies en rapport avec des troubles du système de la veine-porte, avec des maladies du foie, ou avec des hémorrhoïdes. Lorsque l'hémorrhagie utérine provient de lésions traumatiques, d'ulcérations, ou est concomitante de produits néoplastiques ainsi que de l'état de grossesse, il va de soi qu'on ne peut rien espérer de l'administration du chardon-Marie. Dans les cas où son administration est indiquée, il met non seulement fin à l'hémorrhagie, mais il rétablit l'appétit, diminue la tension des hypochondres et la coloration des urines, enraye l'affection du foie et les troubles du système veineux abdominal et ramène les règles supprimées par ces troubles.

Le chardon béni et l'onopordon-acanthium ont une action analogue à celle du chardon-Marie. Quant à la dose à laquelle il faut administrer ce dernier, l'auteur confirme les assertions de Rademaker, à savoir que de fortes doses exercent une action trop énergique et aggravent la maladie. Dans quelques cas, 4 gouttes de teinture, administrées dès le commencement et toutes les trois heures produisirent une excitation générale, qui ne tomba que lorsqu'on diminua la dose. pour l'augmenter ensuite progressivement. C'est pour cela que Guttreit a recommandé d'augmenter les doses de cette substance, seulement lorsqu'on a pu s'assurer que de petites doses n'amènent aucune aggravation. Dans les cas rapportés par M. Lobach, les semences ont été employées tantôt en décoction (15 grammes pour 250 grammes d'eau), tantôt et le plus souvent en teinture à la dose de 2, 4, 6, jusqu'à 13 gouttes toutes les demi-heures ou toutes les trois heures. L'onopordon-acanthieum a été égale-

ment employé en décoction et aux mêmes doses. (*Journal de méd. de Bruxelles*, juin.)

Cystite catarrhale *guérie par des injections de teinture de strychnine*. Les solutions portées dans la vessie sont en général préparées avec des agents médicamenteux dont l'action est purement locale; le fait suivant prouve, une fois de plus, que l'on peut confier à la muqueuse vésicale l'absorption de substances jouissant de propriétés dynamiques. — Chez un vieillard de soixante-treize ans, affecté de cystite chronique compliquée de rétention d'urine, après avoir combattu les accidents à l'aide de l'emploi de la sonde et des antiphlogistiques, le docteur José del Olmo résolut de triompher de l'état catarrhal qui menaçait d'épuiser promptement les forces du malade par l'usage de la strychnine. Ce médecin eut d'abord recours à la méthode endermique, mais le malade s'opposa bien vite à la continuation du moyen. Pour triompher par ruse de cette résistance, sous prétexte de simples injections d'eau tiède, il introduisit dans la vessie douze gouttes de teinture de strychnine, représentant un peu plus de 2 centigrammes de cet alcaloïde. Dès la première dose, il y eut une sensation de ténesme qui augmenta lors des injections successives. Après la cinquième dose, des urines sédimenteuses abondantes purent sortir sans la sonde; elles ne tardèrent pas ensuite à être émises par jets; et dès ce moment l'amélioration générale fut manifeste. Des lavements de térébenthine achevèrent la guérison du malade.— Pour nous, l'action de la strychnine a eu prise seulement sur l'état d'inertie du plan musculaire de la vessie; les ténesmes éprouvés par le malade, le retour de l'émission spontanée des urines le prouve. L'intervention de l'agent tétanique s'adressait donc seulement à un des éléments de l'affection. Le véritable agent anticatarrhal employé chez ce malade a été l'huile essentielle de térébenthine. Dans les cas analogues, nous préférons réveiller la contractilité de la vessie à l'aide de l'électrisation localisée; nous mettons ainsi la maladie à l'abri de tout accident d'intoxication. (*El siglo med.* et *Union méd. de la Gironde*, mai.)

Diabète *traumatique à la suite de coups portés sur la tête*. Les faits de diabète symptomatiques de lésions du système nerveux et venant à l'appui des expériences de M. Cl. Bernard sont peu nombreux; il importe d'enregistrer tous ceux qui se produisent. En voici un que publie M. le docteur Plagge. Un jeune homme reçut un coup de bâton sur l'occiput. Dès la nuit suivante, il éprouva de la strangurie. Trois jours après il se plaignait d'une faim et d'une soif extrêmes, de plus l'urine était très-abondante. Examinée aussitôt sa sortie, elle fut trouvée légèrement acide, d'un poids spécifique de 1045, et contenant une grande quantité de sucre. Foie de volume normal, conjonctive et peau de couleur naturelle. Cet état demeura stationnaire, malgré l'emploi du tannin et de l'opium et une alimentation animale pendant huit jours. Il prit ensuite 4 grammes de bicarbonate de soude. Peu à peu, la sécrétion du sucre, la boulimie et la sécheresse de la peau disparurent. Néanmoins la sécrétion de l'urine en excès se maintint pendant deux mois.

Ce fait peut être rapproché d'un cas analogue observé par le docteur Itrigshon, dans lequel le diabète survint à la suite d'un coup de hache porté sur la tête. Dans celui-ci, le malade éprouva cependant une sensation de pression dans la région du foie et présenta une coloration ictérique de la conjonctive, ce qui nous porte à accepter avec réserve l'étiologie admise par l'auteur (*Gaz. med. stati sardi*, mai.)

Goutte (*Traitement curatif de la*). M. Belli affirme que, depuis un très-grand nombre d'années, il emploie avec une constante réussite, chez les goutteux, un purgatif composé de :

Sulfate de magnésie,	30 à 40 grammes;
Nitrate de potasse,	1 gramme 20;
Sulfate de fer,	8 centigrammes;

à faire dissoudre dans :

Eau commune, 750 grammes.

Cette solution est administrée de quinzaine en quinzaine, ou bien dès les premiers troubles qui marquent le début des accès de goutte. Elle est répétée pendant deux ou trois jours, ou plus, suivant la constitution des malades; chez les sujets débiles, on laisse au contraire un jour d'intervalle entre chaque purgatif. Le médicament est pris en quatre doses, de demi heure en demi heure. Dès que son action se manifeste, le malade boit quelques tasses de bouillon gras léger, ou bien une infusion de thé ou de camomille.

Un excellent auxiliaire de cette méthode curative consiste, dit l'auteur, dans l'emploi habituel, pendant toute l'année, de 100 grammes de suc de chicorée sauvage pris à jeun, ou d'une décoction équivalente de racine de la même plante, sucrés avec 30 grammes de sirop de petite fraise des bois. Malgré notre hésitation à admettre la constante réussite du traitement antigoutteux recommandé par M. Betti, nous n'hésitons pas à reproduire ses formules, afin qu'elles puissent être soumises à de nouveaux essais. (*Gaz. med. Toscana*, et *Union méd. de la Gironde*, mai.)

Iodure de potassium. *Son emploi comme antilaiteux.* Cette action nouvelle du sel potassique révélée par M. Rousset, professeur d'accouchement à l'école de médecine de Bordeaux, est destinée à remplir des indications pratiques d'un grand intérêt, pour lesquelles la thérapeutique est insuffisante. Nous voulons parler des engorgements laiteux qui, durant l'allaitement, et surtout au début de cette fonction, occasionnent trop souvent la fièvre, les phlegmons du sein, des abcès, et mettent quelquefois dans l'obligation de changer de nourrice. En présence de semblables faits, il suffirait d'arrêter la sécrétion du lait pour triompher de tous les accidents. La thérapeutique n'ayant point de spécifique, l'on se borne à des applications émollientes, à la diète, à des purgatifs; malgré cela, la sécrétion du lait continue, les seins engorgés s'enflamment, les abcès surviennent et se multiplient quelquefois en très-grand nombre. Maintenant que je puis arrêter la sécrétion du lait, dit M. Rousset, j'évite presque toujours la formation des abcès. Lorsqu'ils existent déjà, je les guéris plus promptement qu'autrefois et j'empêche qu'ils se multiplient. Ce moyen consiste dans l'administration de l'iodure de potassium.

Des vingt observations qu'il publie, M. Rousset tire les conclusions suivantes : le lait disparaît plus promptement si on ne remet pas l'enfant au sein; — la sécrétion du lait revient très-bien si l'on ne donne l'iodure que pendant deux ou trois jours; — cette action spéciale du médicament est plus prononcée à la dose de 40 ou 50 centigrammes par jour, qu'à une dose plus élevée; — l'on peut modérer et presque empêcher la montée du lait en l'administrant le premier ou le second jour des couches. (*Journal de méd. de Bordeaux*, mars.)

Névralgie *périodique de l'utérus et de ses annexes; périodicité quotidienne et périodicité annuelle.* La science n'est pas tout entière dans les traités, même ceux classiques, et si M. le docteur Favre avait parcouru les tables générales du *Bulletin de Thérapeutique*, il se fût convaincu que toutes les névralgies de l'utérus ne passent pas inaperçues. Le nouveau fait produit par ce médecin nous paraît assez remarquable, et par les erreurs de diagnostic auquel il a donné lieu, et surtout par la double périodicité de la maladie, pour être enregistré.

Obs. M[lle] D.., modiste, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphathique nerveux, d'une excellente constitution, régulièrement menstruée, avait constamment joui d'une bonne santé, lorsque en janvier 1854 elle fut prise sans cause connue de douleurs très-vives siégeant à l'hypogastre et irradiant dans les aines, sur les côtés du ventre et dans la région lombo-sacrée. Une perte sanieuse peu abondante se produisit pendant toute la durée de la maladie, qui fut de trois semaines. Une application de 50 sangsues en trois fois n'amena aucune amélioration.

En 1855, au mois de février, les mêmes accidents se manifestent avec une intensité plus grande encore. 95 sangsues sont appliquées sur le bas-ventre en quatre fois. Il n'en résulte encore aucun soulagement. La malade reste alitée pendant un mois, en proie à des douleurs violentes et continues.

Le 15 mars 1856, M. Favre est appelé près de cette demoiselle qui éprouve les mêmes symptômes que les années précédentes, avec cette différence cependant que les douleurs se manifestent avec une très-grande intensité, de midi à cinq heures du soir; le reste du jour et la nuit, elle ne ressent que des souffrances très-légères et peut dormir quelques heures. L'accès est annoncé par un frisson peu prolongé, une sensation de froid suivie, au bout de dix minutes, de chaleur. Les douleurs sont térébrantes, et leur maximum d'intensité règne tour à tour au niveau de l'utérus et des ovaires. Au début de l'accès, une perte sanieuse a lieu par le vagin; elle cesse de se produire vers cinq heures, dès que tout rentre en ordre.

Le col de l'utérus présente au toucher son volume normal, il est seulement un peu sensible à la pression. Malgré l'emploi des antispasmodiques, l'accès se reproduit le lendemain avec les mêmes caractères, la même violence et la même durée. Eclairé alors sur la nature de l'affection, M. Favre administre le valérianate de quinine, à la dose de 40, puis de 50 centigrammes. La névralgie a disparu le troisième jour.

Le fait pathologique le plus remarquable dans cette observation est la périodicité annuelle, ou plutôt de treize en treize mois: janvier 1854, février 1855, mars 1856. J'en ai eu une nouvelle preuve en 1857, dit M. Favre; cette demoiselle, que j'ai vue en mai, m'a raconté que vers la fin d'avril et pendant une quinzaine de jours, elle avait éprouvé de la céphalalgie, des frissons et un malaise accompagnés de douleurs vagues dans le ventre, de cinq à dix heures du soir. Ces accidents, toutefois, n'ont jamais présenté assez de gravité pour l'obliger à interrompre son travail.

Nous ferons une seule remarque à propos de la préparation de quinquina employée, le valérianate. On a vu que la névralgie avait cédé seulement le troisième jour; or, dans les deux cas que nous avons eu à traiter, quoique l'affection fût aussi intense que celle observée par M. Favre, la névralgie avait disparu le lendemain de l'administration du sulfate de quinine. Il n'y a donc pas lieu de changer ce sel dont l'expérience a maintefois démontré la prompte efficacité même dans les névralgies de l'utérus. (*Gazette méd. de Lyon*, juin.)

Sycosis tuberculeux *traité avec succès par la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, sans épilation.* Le sycosis, que l'on a considéré dans ces derniers temps comme rebelle à tout autre moyen que l'épilation, peut être guéri sans épilation et plus rapidement qu'avec l'épilation, par l'emploi de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, préconisée par M. le docteur Rochard; c'est ce que démontre le fait suivant, recueilli dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon. Nous rapportons ce fait avec quelques détails, afin que l'on puisse se faire une idée du mode d'action de la médication dont il s'agit.

Le nommé Th..... (René), âgé de quarante-huit ans, ouvrier maçon, entra le 23 janvier 1858 à l'hôpital Beaujon, présentant l'état suivant : toute la peau du menton est rouge, épaisse et indurée ; le malade y éprouve une sensation de tension et de chaleur; des pustules à base rouge, plus ou moins indurée, suppurent à leur extrémité; quelques-unes sont visiblement traversées par un poil à leur partie centrale. La matière qui s'échappe de ces pustules est jaune verdâtre, adhère fortement à la peau sous forme de croûtes; lorsqu'on les fait tomber au moyen de cataplasmes, les parties sous-jacentes paraissent rouges, mamelonnées. Avec les pustules se trouvent des tubercules d'un volume variable, qui déforment la régularité du menton; quelquefois ces tubercules s'enflamment et sont alors très-douloureux. Sur les parties érythémateuses qui circonscrivent irrégulièrement les surfaces malades, se remarquent des pellicules blanches, grisâtres, adhérentes. Le côté droit de la lèvre supérieure présente également le même aspect : disque érythémateux, pustules, tubercules, épaississement de la peau. Les poils s'enlèvent facilement avec la pince et même avec les doigts, principalement au milieu du menton et sur la lèvre supérieure ; le malade en ressent à peine de la douleur. Quelques petites pustules et quelques tubercules isolés existent sur les côtés des joues et sur le cou.

Sur les parties qui paraissaient les plus malades, M. Robert enleva des poils et de la matière excrétée, qui furent examinés au microscope par M. Gubler. On n'y trouva pas de traces de trichophyton.

Dans l'intervalle de deux examens des cataplasmes de fécule furent constamment appliqués sur le sycosis et ne produisirent que de très-légères modifications ; les croûtes disparurent presque entièrement; la rougeur et la démangeaison devinrent moins vives ; les pustules s'affaissèrent un peu ; mais les tubercules persistèrent, la peau resta très-épaisse, indurée, et l'arrachement des poils facile ; les parties érythémateuses étaient recouvertes de pellicules blanches, grisâtres, adhérentes. Dans ces conditions M. Robert confia ce malade aux soins de M. le docteur Rochard.

Le 1er février, M. Rochard commença une première série d'onctions avec la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, en procédant de la manière suivante :

Après avoir coupé la barbe le plus ras possible avec des ciseaux, une couche légère de pommade fut appliquée sur toutes les parties affectées et laissée

jusqu'au lendemain, la peau du visage n'ayant point été essuyée ; une pareille onction est répétée le lendemain et le surlendemain. Ces onctions produisent une cuisson très-vive, de la tuméfaction et de la rougeur, puis une excrétion de matière jaune verdâtre, qui commence la *poussée*. Le malade éprouve un sentiment de tension douloureuse à la peau. La troisième onction détermine moins de douleur que la première ; mais la poussée est très-abondante et produit des croûtes épaisses, dures, adhérentes; quelques fissures se remarquent aux commissures des lèvres.

Après quatre jours de repos, les croûtes les plus sèches se détachent peu à peu ; le 7 février, l'application d'un cataplasme les fait tomber complétement et la peau apparaît avec une teinte rouge violacée. On voit des poils adhérents à ces croûtes.

Le 8 février, deuxième série de trois onctions, pratiquées de la même manière que les précédentes.

Ces nouvelles onctions sont encore suivies de cuissons ; les parties se couvrent de croûtes un peu moins épaisses et d'une coloration jaune verdâtre moins foncée. Cette poussée, produite presque sans douleur, amène une amélioration sensible : la peau est moins indurée, plus souple; les pustules sont en voie de résolution, ainsi que les tubercules.

Le 15 février, troisième série d'onctions, également au nombre de trois, produisant des cuissons moins vives et moins prolongées ; la matière excrétée est d'un jaune clair ; les croûtes sont plus minces et elles se détachent plus facilement. Les pustules ont presque toutes disparu ; l'érythème est moins apparent, plus limité.

Une quatrième série d'onctions est faite le 22 février; la poussée est peu abondante, peu douloureuse; la matière, d'un jaune très-clair, forme des croûtes minces, friables, qui se détachent très-promptement.

Le 28 février le malade quitte l'hôpital, n'ayant plus ni pustules, ni tubercules; la peau est encore un peu rouge et présente au milieu du menton quelques indurations; une grande partie des poils qui étaient tombés à la suite des premières onctions ont repoussé et sont solidement implantés.

Le 10 avril, Th... revint à Beaujon faire constater la guérison. Trois séries d'onctions avaient été faites encore depuis la sortie de l'hôpital, d'après les conseils de M. Rochard.

Lors de la dernière série, la poussée a été complétement nulle ; aucune matière ne s'est produite après l'application de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux. On ne trouve plus de trace de pustules ni de tubercules, la rougeur de la peau a complètement disparu et le tissu cutané a repris sa souplesse et son aspect naturels ; enfin les parties qui avaient été dégarnies de poils au moment des premières poussées en sont actuellement recouvertes En un mot, la guérison est complète. (*Moniteur des hôpitaux*, mai.)

Varicocèle. *Arguments contre l'opération ; palliatif très-simple.* Hors les cas de douleur et d'empêchement grave qui constituent l'urgence, M. Nélaton est d'avis de ne pas opérer le varicocèle. Sa réserve est justifiée chaque jour par l'observation de faits qui démontrent que le varicocèle est une maladie de la jeunesse, ayant une tendance à passer spontanément, et qu'elle ne diminue en rien l'aptitude aux fonctions de la reproduction. En présence de pareils résultats, il est évident que le praticien doit attendre et se borner à l'emploi des palliatifs. Afin de rendre tolérable l'incommodité qui résulte de cette affection, M. Nélaton se contente bien souvent d'appliquer l'anneau en caoutchouc de M. Richard (du Cantal). Cet appareil n'est que la réalisation inoffensive de l'idée de Cowper. Le testicule et le cordon veineux étant refoulés vers l'anneau, on saisit la portion pendante du scrotum, et on la tient suffisamment serrée dans un tube élastique de deux centimètres de hauteur environ. Ce moyen ingénieux, que M. Richard a imaginé pour lui-même, a été employé plusieurs fois chez des malades de M. Nélaton, et avec un succès complet. Il permet de se tenir longtemps debout, de marcher, de se livrer à des exercices même très-pénibles, et son application est des plus faciles. (*Journ. de méd. et de chir.*, mai).

VARIÉTÉS.

Résumé de la discussion sur la fièvre puerpérale.

La discussion sur la prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale qui se poursuit depuis plus de trois mois au sein de l'Académie paraissait arrivée à son terme par la clôture des débats. Il n'en est rien. De nombreux travaux ayant été adressés à propos de cette discussion, et la plupart des membres les plus autorisés de la savante compagnie ayant prouvé l'urgence de certaines modifications à introduire dans l'organisation des maternités, et même leur suppression, l'Académie a nommé une Commission composée de MM. Cruveilhier, Danyau, Davenne, Depaul, P. Dubois, Guérard et Hervez de Chégoin, qui sera chargée d'examiner ces travaux et ces propositions. — Voulant présenter à nos lecteurs un résumé de la première phase de la discussion, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de leur donner une analyse étendue du discours prononcé par M. Guérard. Provocateur de la discussion, le savant académicien s'est imposé la mission de la résumer, et il a tenu compte, non-seulement des divers opinions émises dans les discours de ses collègues, mais encore de celles soutenues dans les meilleurs travaux publiés, à cette occasion, par la presse médicale. Voici la partie saillante de ce discours :

« Messieurs, je vais essayer de dire par quels caractères la fièvre puerpérale se distingue des autres maladies qui peuvent se montrer chez les femmes en couches.

« La fièvre puerpérale éclate tantôt pendant le travail, tantôt après l'accouchement. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la voit apparaître passé le huitième jour.

« Elle débute ordinairement par des troubles profonds dans l'innervation et dans les phénomènes de la circulation et de la respiration, par du frisson, un délire particulier et une altération des traits caractéristique.

« L'anatomie pathologique fournit encore des éléments bien propres à distinguer cette maladie.

« Il est remarquable que les lésions sont très-variables suivant les épidémies, alors même que les symptômes généraux et caractéristiques de l'affection varient peu. Ce fait n'avait pas échappé à M. Tounelé.

« Le pus se forme avec une incroyable rapidité, et on trouve des foyers purulents répandus en grand nombre dans l'organisme, dans les parenchymes, les muscles, les cavités séreuses, les veines, les lymphatiques, etc.

« Dans quelques cas rares, aucune altération manifeste. Mais il n'y a rien là qui soit insolite ni spécial à la fièvre puerpérale.

« D'après tous ces caractères, est-il permis d'assimiler la fièvre puerpérale à une infection purulente ?

« Cette assimilation n'est que le corollaire erroné d'une autre opinion dont j'ai déjà démontré la fausseté, à savoir l'assimilation de la surface utéro-placentaire avec une plaie.

« Mais la fièvre puerpérale, nous l'avons déjà vu, peut se manifester pendant et avant le travail : elle se développe brusquement chez des femmes qui ont tous les attributs de la santé la plus parfaite, tandis que l'infection purulente ne se montre chez les blessés ou les opérés que quelques jours après l'opéra-

tion; dans l'une, il y a des abcès métastatiques, tandis qu'on n'en observe point dans la fièvre puerpérale, à moins qu'elle ne se complique elle-même d'infection purulente. De plus, la fièvre traumatique n'est jamais, que je sache, épidémique ni transmissible par infection ou par contagion, comme la fièvre puerpuérale. D'ailleurs le diagnostic différentiel de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente a été soigneusement établi par M. Depaul.

« J'arrive à l'étiologie. Je suis de l'avis des essentialistes, qui font provenir la fièvre puerpérale d'un miasme pénétrant dans l'économie, et entraînant consécutivement la formation rapide et multiple du pus. Les suppurations étendues et disséminées sont, ainsi qui l'a démontré M. Dubois, les effets et non les causes de l'adultération du sang. Et ce qui le prouve, ce sont les nombreux exemples de fièvres puerpérales mortelles sans traces de suppuration, et les cas où du pus s'est montré dans les veines et les lymphatiques sans inflammation locale.

« Qu'il me soit permis de rappeler des faits qui montreront que ces interprétations n'ont rien de forcé.

« Il existe à la Martinique un reptile venimeux, le *bothrops lancéolé*, dont la morsure fait périr, en moyenne, suivant M. Rufz, une cinquantaine de personnes par an, et en laisse trois fois autant d'estropiées. Eh bien ! deux heures après la piqûre, il survient un gonflement énorme et comme emphysémateux de la région qui se couvre en même temps d'ecchymoses ; il se produit donc là une altération du sang aussi prompte que la transformation de l'amidon par la diastase. Au bout de quarante-huit heures, vastes abcès, suppurations profondes ; et plus tard, engorgements du tissu cellulaire, ulcères incurables, etc.

« Lorsque les lésions locales sont peu prononcées, il se manifeste des accidents nerveux redoutables, amauroses, paralysies, perte de la parole, céphalées opiniâtres.

« N'en est-il pas quelquefois de même de la fièvre puerpérale, et le virus du bothrops lancéolé ne vous rappelle-t-il pas le miasme puerpéral, qui tua si rapidement cette jeune sage-femme dont nous a parlé M. Depaul ? Or, il est clair que si, dans ce cas, le miasme avait pu être cocréé, saisi par la lancette, la longue discussion qui vient de se dérouler n'aurait pas eu lieu. Mais le miasme que nous ne pouvons saisir, nous savons d'où il vient et comment il se produit, nous voyons ses prompts effets et les désordres effroyables qu'il détermine.

« On peut encore invoquer d'autres preuves : l'un des premiers et des plus constants symptômes de la fièvre puerpérale, c'est la diarrhée, qui est aussi le premier signe de l'intoxication produite par toute émanation putride, et en particulier par celles qui s'échappent dans nos amphithéâtres.

« Enfin il est une foule d'autres affections locales ou générales qui peuvent se transmettre comme la fièvre puerpérale, et amener aussi des accidents toxiques promptement funestes : telle est l'angine couenneuse, dont un cas célèbre a été observé par Bourgeois sur lui-même, et qu'il a fait connaître en 1825.

« Mais quelle est la génération première de la matière miasmatique chez la femme en couches ? Nous ne le savons pas, pas plus que nous ne savons d'où vient le virus charbonneux chez les animaux surmenés, et le virus rabique chez les chiens hydrophobes. Comment expliquer encore le fait suivant, que j'ai observé il y a quelques années ? Un de mes amis, que j'avais quitté plein de santé, est pris de quelques accidents légers à la suite de fatigues nombreuses et de

travaux pénibles par une journée de grande chaleur. Quarante-huit heures après, il succombait à une gangrène spontanée qui avait envahi les membres inférieurs et une grande partie du dos.

« Quant au miasme générateur de la fièvre puerpérale, ne serait-il pas permis de le faire procéder de l'action combinée des influences atmosphériques et des conditions particulières de la femme en couches ?

« En résumé, la fièvre puerpérale est caractérisée : 1° par l'époque de son apparition, avant, pendant et après l'accouchement, jusqu'au huitième jour; 2° par l'évolution et la nature des symptômes; 3° par son caractère anatomique (altération du sang et formation rapide du pus avec variabilité du siége); 4° par la transmissibilité du principe morbifique par infection et peut-être par contagion.

« Telles sont les opinions émises par MM. Dubois, Depaul et Danyau, opinions auxquelles j'adhère pleinement.

« Rappelons en quelques mots les idées professées par les adversaires de l'essentialité.

« Pour M. Beau, la fièvre puerpérale est une phlogmasie (le plus souvent une péritonite) liée à une diathèse inflammatoire dépendant de l'altération du sang; le siége de cette phlegmasie serait déterminé par les parties lésées dans l'accouchement, et sa gravité dépendrait de l'état des lésions. Pour M. Piorry, c'est une série de phlegmasies, utérite, phlébite, péritonite; infection putride ou septicémie, infection purulente ou pyémie. M. Cazeaux la considère comme une phlegmasie grave, parce qu'elle est étendue, et qu'elle affecte un organe important. Pour lui, les cas sporadiques sont expliqués par une altération particulière du sang à la fin de la grossesse, et les cas épidémiques par l'influence du génie épidémique. M. Jacquemier y voit une métro-péritonite. M. Legroux[1] admet que la fièvre puerpérale consiste dans toutes les phlegmasies locales, phlébite, lymphangite, métrite, métro-péritonite, dont le plus ou moins d'extension mesure la gravité du mal. Il fonde son opinion sur les deux arguments suivants : dans une même salle, dit-il, on voit régner simultanément les phlegmasies franches et ce qu'on appelle la fièvre puerpérale essentielle ; en second lieu, les phlegmasies franches (ou état bénin) passent fréquemment, surtout en temps d'épidémie, à l'état grave, qui est la fièvre puerpérale des essentialistes. Il est aisé de répondre à ces deux arguments. De ce que des phlegmasies franches règnent dans une même salle avec la fièvre puerpérale, il ne s'ensuit pas qu'on ait affaire à une seule et même maladie, différant seulement par sa gravité; car, dans une salle où sévit la fièvre puerpérale, il y a des femmes qui échappent au fléau; à plus forte raison peut-il y en avoir qui soient atteintes de phlegmasies franches sans fièvre puerpérale. Ne sait-on pas de quelle manière différente les divers organismes résistent aux mille causes de destruction au sein desquelles nous vivons? Et ne doit-on pas admettre qu'il est des femmes qui peuvent réagir contre l'agent miasmatique puerpéral?

« Quant au passage d'une phlegmasie franche à la fièvre puerpérale, il est plus apparent que réel. En effet, ce n'est pas, selon moi, la transformation d'un même état morbide d'une forme bénigne à une forme grave, comme l'admet

---

(1) Une note de M. Legroux, que nous avons en main et que nous publierons dans notre prochaine livraison, nous permet de dire que M. Guérard n'a pas bien compris la doctrine de son collègue de l'Hôtel-Dieu. *(Note du Rédacteur.)*

M. Legroux ; c'est, à mon avis, la succession d'une maladie à une autre maladie. Voici comment j'explique ce fait : Une femme vigoureuse et jouissant d'une force de réaction capable de résister à la cause de la fièvre puerpérale est atteinte d'une phlegmasie à la suite de ses couches ; on la saigne, on l'affaiblit par des émissions sanguines, et de la sorte elle devient accessible à l'agent toxique puerpéral. C'est ainsi que, chez une jeune femme qui m'était chère, j'ai vu, à la suite d'une application de sangsues pratiquée à l'occasion d'accidents puerpéraux inflammatoires, un écoulement de sang trop prolongé entraîner une altération des traits et des troubles fonctionnels généraux trop rapides pour qu'ils n'indiquassent pas l'invasion d'une maladie nouvelle ; la malheureuse femme succombait quelques jours après à la fièvre puerpérale.

« M. Béhier considère la fièvre puerpérale comme une phlébite purulente ; — M. Bouillaud comme une infection septique et purulente du sang avec un élément phlegmasique ; — M. Velpeau comme une métro-péritonite, une lymphangite ou une phlébite (infection purulente) modifiées par l'état puerpéral ; — M. Trousseau comme une phlegmasie d'une nature particulière, due à une cause spécifique et pouvant gagner le fœtus, l'enfant nouveau-né, les femmes hors de l'état puerpéral et même les blessés de tout sexe et de tout âge. Un fait rapporté par M. Botrel, dans les *Archives* (1845), semblerait donner raison à M. Trousseau. M. Botrel raconte que, dans les années 1842 et 1844, tandis qu'un grand nombre de femmes succombaient à la suite d'angioleucite utérine puerpérale, presque tous les blessés et les opérés étaient également atteints d'angioleucites graves. Il fait remarquer, en outre, que la maladie débute par la ville et n'envahit l'hôpital que consécutivement. Mais il s'agit là d'une affection particulière, d'une inflammation des vaisseaux lymphatiques qui n'a rien de commun avec la fièvre puerpérale, ainsi qu'il ressort du nom même d'*angioleucite utérine* que lui donne M. Botrel.

« Pour M. Cruveilhier, la fièvre puerpérale est une maladie par infection, contagieuse, miasmatique, dont le trait le plus caractéristique est la purulence des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses dépendances, survenant surtout sous l'influence de l'accouchement (typhus puerpéral). — Pour M. Hervez de Chégoin, c'est tantôt une infection purulente, tantôt une infection putride. — Pour M. Guérin, c'est une infection putride produite par un mécanisme spécial de l'utérus et des trompes sous l'influence d'un défaut de retrait régulier de la matrice. — M. Raciborski attribue la fièvre puerpérale à une extension des lésions dues au travail de l'accouchement (fièvre traumatique), qui dépassent les veines utérines et s'étendent aux troncs veineux voisins. — M. Mattei a adopté une théorie analogue. — Suivant M. Murphy (de Londres), la fièvre puerpérale est le résultat d'un poison morbide (matières animales en putréfaction) ; et les symptômes de cette maladie sont les manifestations de l'action de ce poison. — Dans une note qu'il a bien voulu me communiquer, M. Faye (de Christiania) admet que la fièvre puerpérale est une affection miasmatique contagieuse due à l'altération du sang, naissant spontanément, sans cause spécifique, dans les salles encombrées, et pouvant se transmettre par inoculation directe.

« Examinons maintenant les opinions qui se sont produites à propos du mode de transmission de la fièvre puerpérale.

« Tous les médecins précités s'accordent pour admettre que cette maladie est transmissible par infection.

« MM. Depaul et Danyau ont essayé de prouver qu'elle pouvait aussi se

transmettre par contagion. Mais les objections que M. Dubois a opposées à cette doctrine, et la large part qu'il a faite aux coïncidences, ont fait un tort considérable aux idées des contagionistes et complétement ébranlé mes convictions à cet égard. — Suivant M. Piorry, il n'est pas impossible qu'il existe un virus jouissant de la funeste prérogative de communiquer le mal. — M. Hervez de Chégoin fait intervenir l'air confiné, comme un foyer d'infection; mais il repousse la contagion directe. — M. Cazeaux proteste contre l'expression de *typhus puerpéral*. A ses yeux, l'encombrement n'est pour rien dans la production des épidémies; car on les voit éclater dans les salles qui ont été épargnées naguère, bien que ni le nombre des lits, ni le mode d'aération, ni aucune des conditions hygiéniques n'aient été changés.

« J'arrive au traitement. Cette question, par la manière dont elle a été résolue, a jeté quelque émoi parmi les praticiens. On a entendu la majorité des orateurs, et les plus autorisés, proclamer l'inanité de la plupart des remèdes vantés contre la fièvre puerpérale. La lecture attentive des faits rapportés par les médecins qui ont prétendu tenir le spécifique de cette terrible maladie m'a laissé l'intime conviction qu'on a eu affaire, dans les cas heureux, à toute autre maladie qu'à la fièvre puerpérale, soit à un embarras gastrique, qui cède à merveille à l'administration d'un vomitif ou d'un éméto-cathartique, soit à quelque phlegmasie franche, contre lesquelles on emploie avec succès les antiphlogistiques, les évacuants, le calomel, les frictions mercurielles, les vésicatoires, etc. Seulement il est à craindre, dans ce cas, et surtout en temps d'épidémie, que l'emploi immodéré des antiphlogistiques n'amène la transformation si grave dont j'ai parlé tout à l'heure.

« Mais tous ces moyens ne sauraient absolument prévaloir contre la fièvre puerpérale réelle et confirmée, et je ne crois pas qu'on puisse formuler contre elle une méthode invariable de traitement. Il en est de cette maladie comme du choléra algide, dans lequel on ne suit aucune formule fixe, mais dans lequel on s'inspire des circonstances et de la nature de l'épidémie. Toutefois, on peut essayer, dès le début, d'administrer les préparations opiacées, comme l'a conseillé M. Faye, ou le sulfate de quinine, comme l'ont proposé d'autres praticiens. Mais nous ne saurions trop recommander d'avoir toujours présent à l'esprit le précepte de M. Trousseau : « Le remède n'est rien, la médication « est tout, etc... »

Abordant le traitement prophylactique, l'orateur démontre la vanité des espérances qu'on avait fondées sur l'emploi du sulfate de quinine, puisque, pendant la dernière épidémie, la mortalité des femmes en couches pour l'Hôtel-Dieu et pour les Cliniques, où le sulfate de quinine avait été employé, a été de 1 sur 38 et 1 sur 37, tandis qu'elle n'a été que de 1 sur 60 à la Maternité, où l'on n'a pas eu recours au moyen prétendu préservatif.

M. Guérard passe ensuite en revue les différentes mesures hygiéniques proposées par MM. Cruveilhier, Depaul et Danyau. « L'idée de la création de petits hôpitaux disséminés et partagés en salles d'un ou de deux lits, occupées à tour de rôle et préalablement nettoyées, fumigées et aérées, est assurément bien justifiée par la statistique si favorable de l'hôpital Saint-Louis, où les accouchées sont disséminées dans huit petites chambres à un lit ou dans deux salles de huit lits chacune. Les tentatives du même genre ont parfaitement réussi encore dans un des hôpitaux d'Angleterre, où les femmes en couches sont reçues dans des chambres de cinq à six lits, qui sont nettoyées et assainies chaque année. Là il y a eu annuellement et en moyenne 1 morte sur 288 accouchées,

de 1789 à 1798; et 1 sur 593 de 1829 à 1858. Du mois de juillet 1812 au mois d'août 1815, pas un cas de mort sur 1,059 accouchements ; de 1852 à 1856 inclusivement, 9 décès sur 5,748 femmes accouchées, ou 1 sur 416.

« Il est vrai qu'à la Maternité de Paris, où les choses se passent bien autrement, il n'y a eu, en 1854, que 1 décès sur 3,185 accouchements.

« Poursuivons, et voyons si les mêmes conditions hygiéniques de dissémination, d'assainissement et d'aération produisent partout d'aussi bons résultats.

« Il est un autre hôpital à Londres, *City of London lying in hospital*, qui ne renferme que cinquante lits pour les femmes en couches : l'air y est bien renouvelé, et les chambres fréquemment lavées et nettoyées. On y trouve en moyenne : de 1827 à 1846, 1 décès sur 84,5 ; — en 1847, 1 décès sur 79 ; — en 1848, 1 décès sur 20,2. »

M. le professeur Faye rapporte qu'en 1849 il y eut, à l'hôpital de Copenhague, 1 décès sur 20 accouchements, bien que chaque femme eût sa chambre bien aérée, bien ventilée, et bien qu'une partie des chambres ne servît pas. On envoya alors les femmes en couches chez des sages-femmes préparées pour les recevoir ; les résultats de cette mesure furent d'abord excellents; mais bientôt le chiffre de la mortalité s'éleva si haut, qu'on reconnut bien qu'on n'avait fait que multiplier les foyers d'infection.

C'est donc là un problème difficile à résoudre, et l'examen comparatif des statistiques de nos hôpitaux prouve bien, contrairement à la théorie de l'encombrement, que la mortalité ne suit pas toujours le chiffre des accouchées. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur le tableau suivant :

Maternité,	1854,	—	3,185	accouch.,	1	décès.	
	1855,	—	2,849	—	72	—	— 1 sur 39
	1856,	—	2,478	—	99	—	— 1 sur 25
Cliniques,	1852,	—	1,253	—	22	—	— 1 sur 56
	1855,	—	847	—	32	—	— 1 sur 26
	1856,	—	630	—	32	—	— 1 sur 19
Hôtel-Dieu,	1854,	—	1,459	—	26	—	— 1 sur 55
	1855,	—	1,208	—	39	—	— 1 sur 30

M. Guérard a voulu voir si le voisinage d'un amphithéâtre de dissection n'exerçait pas quelque influence sur la mortalité des femmes en couches. Pour cela il a comparé la mortalité de l'hôpital des Cliniques (qui touche, comme on le sait, à l'École pratique de la Faculté) pendant les semestres d'hiver et d'été, pendant les années 1852, 1853, 1854, 1855 et 1856. Or, il a trouvé pour le premier semestre (d'octobre à avril, époque des dissections) une moyenne de 1 décès sur 58 accouchements, et pour le semestre d'été (d'avril à octobre) 1 décès sur 36,5. Mais en retranchant l'année 1856, où une épidémie violente a régné en mai, juin et septembre (semestre d'été), on trouve : pour les semestres d'hiver, 2,292 accouchements et 60 décès, 1 sur 38 ; pour les semestres d'été, 2,057 accouchements ; 40 décès 1 sur 51.

Mais cette différence doit-elle être attribuée au voisinage de l'amphithéâtre de dissection ou bien à l'influence des saisons ? La statistique de l'Hôtel-Dieu donnerait raison à la dernière hypothèse. En effet, en opérant sur les mêmes années que pour la Clinique, on trouve : dans les semestres d'hiver, 1 décès sur 35 accouchements ; dans les semestres d'été, 1 décès sur 45, et en retranchant, comme pour la Clinique, l'année 1856, on obtient : pour le semestre d'hiver, 1 décès sur 44 ; et pour le semestre d'été, 1 décès sur 58.

« La statistique demeure donc favorable au semestre d'été.

« La question étiologique de la fièvre puerpérale laisse donc beaucoup à désirer. L'influence de l'accouchement et des autres conditions hygiéniques est encore à étudier ; ce n'est que par des statistiques nombreuses et bien faites qu'on pourra parvenir à une solution satisfaisante.

« Messieurs, j'ai accompli la tâche difficile que j'avais assumée en provoquant ces débats. L'intérêt qu'ils ont excité justifie suffisamment mon initiative. Si j'ai fait appel à vos lumières, c'est qu'après avoir mûrement réfléchi et profondément médité, j'avais reconnu mon insuffisance. Je n'ai pas voulu, comme on l'a dit, jeter au milieu de vous une pomme de discorde.

« Quelles que soient les différences de doctrine qui nous séparent, nous avons tous les mêmes tendances, les mêmes aspirations, le même but, car nous voulons tous les progrès de la science et le soulagement de l'humanité.

« Cette discussion, d'ailleurs, ne sera point stérile. Outre les conséquences scientifiques qui en découleront, elle aura fait ressortir un point capital dans l'hygiène publique, l'urgence des réformes à introduire dans les Maternités afin de prévenir le fléau, ou au moins de diminuer le nombre de ses victimes. »

Propriétés toxiques des poudres dites insecticides.

L'article suivant, adressé à l'Union médicale, par M. le docteur J. Boucard, présente au point de vue de l'hygiène publique un intérêt trop réel pour ne pas le placer sous les yeux de nos lecteurs :

« On fait un grand usage en ce moment de poudres dites *insecticides*, destinées à la destruction des punaises et autres insectes qui sont parfois un tourment pour l'espèce humaine.

« Ces poudres sont connues dans le commerce sous des noms différents : poudre Vicat, poudre de Désillo, poudre d'Apoll, etc., noms tirés de ceux de leurs inventeurs ; la plupart se vendent en boîte, et s'emploient au moyen d'un petit soufflet, muni d'un appareil à entonnoir, par lequel on introduit la précieuse poudre. Quelques-unes, la poudre d'Apoll est du nombre, sont assez ingénieusement renfermées dans des boîtes, qui ont tout à la fois la forme et l'usage du soufflet. On souffle la poudre sur le sommier du lit, sur le traversin, et l'on peut dormir tranquille.

« Quelle est la nature de cette poudre ? Une lettre de M. Nicklès, publiée dans l'Ami des sciences du 21 mars, nous l'apprend.

« Connue en Allemagne depuis dix ans, sous le nom de *poudre persique* contre les insectes, elle fut mise en vogue par un Viennois, qui, ayant su longtemps en cacher l'origine et la composition, put la vendre fort cher. Le secret a enfin percé, et l'on sait aujourd'hui que la poudre insecticide consiste en plantes du genre *pyrethrum*, réduites en poudre. On fait particulièrement usage des pyrèthres de la Perse et du Caucase.

« L'insecticide Vicat, dit M. Nicklès, me fait l'effet de n'être autre chose que « cette poudre persique d'Allemagne habillée à la française. » Je partage complétement son opinion ; ces poudres, quelque nom qu'elles portent, me paraissent toutes provenir de la même source ; c'est aussi l'avis de M. le docteur Mialhe qui a bien voulu les examiner avec soin.

« Cette poudre, ajoute M. Nicklès, est d'une incontestable utilité, et, malgré « son efficacité contre toutes ces méchantes petites bêtes, elle est parfaitement « inoffensive à l'égard de l'homme. »

« Telle est aussi l'opinion généralement répandue dans le public.

« Le fait suivant semble montrer, cependant, qu'à l'égard de l'homme la poudre insecticide pourrait bien n'être pas aussi innocente qu'on l'a pensé jusqu'à ce jour.

« Mme D..., âgée de cinquante ans, d'un tempérament pléthorique et d'une bonne santé habituelle, me fait appeler en toute hâte, le 24 avril au matin. Je constate l'état suivant :

« Pesanteur de tête, pâleur du visage, bourdonnements et tintements d'oreilles, douleurs vives, accompagnées de chaleur à la région épigastrique, envies de vomir, coliques abdominales : le pouls est petit (80 pulsations), la malade ne peut se mettre snr son séant, elle éprouve des sueurs et tombe en syncope.

« Avant même d'interroger la malade, Mlle D... m'apprend que, la veille au soir, sa mère a soufflé de la poudre insecticide, dite d'Apoil, sur l'oreiller et le traversin de son lit.

« Il devenait probable pour moi que la poudre n'était pas étrangère à la production des phénomènes observés.

« Un éméto-cathartique, des sinapismes et des cataplasmes émollients firent promptement justice des principaux accidents. La pesanteur de tête et une propension irrésistible au sommeil ayant persisté le lendemain, je me décidai, vu l'état pléthorique de la malade, à une application de sangsues, qui acheva la guérison.

« Je ne donnerai pas à ce fait plus de portée qu'il n'en mérite ; nombre de personnes se sont servies et se servent journellement de ces poudres sans en être incommodées. Néanmoins, l'accident qui précède, et deux accidents analogues observés par des confrères, m'ont paru devoir attirer l'attention snr ce sujet.

« La pyrèthre est, du reste, une variété de camomille, genre anthemis, de la famille des synanthérés ; et Giacomini, le seul qui donne quelques détails sur l'action de cette plante chez l'homme en santé, s'exprime de manière à ne laisser aucun doute sur les propriétés toxiques qu'elle possède :

« A dose élevée, dit cet habile observateur, elle occasionne de la pesanteur « et de l'embarras vers l'estomac, produit des vertiges, de la confusion dans les « idées, de la céphalalgie, la dilatation de la pupille, l'obscurcissement de la « vue, la somnolence, le ralentissement du pouls, des nausées et des vomisse- « ments ; viennent ensuite de la diarrhée, des sueurs générales, des lassitudes, « de l'engourdissement, de l'abattement, du froid aux extrémités, des défaillan- « ces. Hahnemann a observé des symptômes analogues et les a minutieusement « décrits. »

A la suite des deux concours qui viennent d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Castan a été nommé chef de clinique médicale, et M. Alph. Jaumes, chef de clinique chirurgicale.

Le premier des prix distribués aux élèves sages-femmes de la Maternité de Paris a été remporté par Mlle Bertin (Ernestine) ; les autres élèves nommées sont Mmes Brun, Billorent et Tremblay.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale.

Par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La discussion soulevée à l'Académie de médecine et dans la presse médicale sur la fièvre puerpérale a mis en présence trois doctrines différentes.

La première, celle de *l'essentialité*, a pour principe l'infection et l'altération primitive du sang, les lésions anatomiques n'étant qu'un effet secondaire ou accessoire.

La seconde admet aussi l'infection du sang, mais secondairement aux lésions anatomiques. La cause infectante pénètre par une porte accidentellement ouverte : c'est la doctrine de l'infection purulente ou putride.

La troisième ne voit dans la fièvre puerpérale qu'une inflammation locale ou diathésique.

Toutes trois sont basées sur des faits bien observés ; toutes trois ont leur raison d'être. Elles sont aussi toutes trois insuffisantes, prises isolément.

Mais entre elles et malgré la divergence de leur point de départ, n'y a-t-il pas place pour une doctrine, que j'appellerai de *conciliation;* qui, puisant à chacune d'elles des sources d'indication, révoque un peu la sentence fatale de *l'incurabilité* de la fièvre puerpérale, qui a clos la discussion académique ?

Tel est le but de ce travail.

Mais avant d'entrer dans l'examen des faits pathologiques, il est, je crois, utile de jeter un coup d'œil rapide sur un ordre de faits physiologiques, indiqués dans les discussions, mais restés dans l'ombre, et qui, cependant, jouent un rôle important dans la pathogénie puerpérale : je veux parler de la *constitution puerpérale*, de *l'état puerpéral.*

La constitution puerpérale *plus molle*, *plus humide,* je dirai presque *luxuriante,* est caractérisée par des modifications notables dans la composition du sang, qui est appauvri de globules et d'albumine, et plus riche en fibrine et en eau (¹).

(¹) M. Caseaux a justement fait ressortir l'influence de ces conditions hématiques, et appelé une réforme dans l'usage des saignées obligatoires pendant la grossesse, usage auquel il a substitué les toniques et les ferrugineux.

Je crois que le fait de l'appauvrissement du sang a été un peu trop généralisé.

Il peut exister, dans la grossesse, une pléthore vraie ; mais c'est un cas exceptionnel.

La pléthore hydrhémique est assez commune, et la saignée peut lui être avantageusement opposée.

L'hydrhémie simple, lorsqu'elle donne lieu à quelque accident, est facilement combattue par de légers laxatifs.

L'hydranémie, si commune dans les cités populeuses, réclame les préparations martiales et le régime tonique.

Je crois cette distinction fondée sur des faits incontestables.

Par cette constitution, qui se dessine davantage à mesure que l'on approche du terme de la grossesse, la femme se prépare aux déperditions lochiales, sudorales et lactées, auxquelles elle est appelée à fournir après l'accouchement.

L'état puerpéral joint à ces conditions hématiques, accrues par les pertes qui accompagnent et suivent la délivrance, et qui appauvrissent encore le sang de ses globules, le *traumatisme utérin*, le travail de réparation utérine.

La délivrance laisse dans l'abdomen un vide, suivi de l'afflux des liquides dans les vaisseaux de cette cavité, jusque-là comprimés par la matrice distendue.

Le plexus veineux que la grossesse avait développé dans le tissu de cet organe, devenu inutile, reste vide, et peut se prêter à l'infection putride, avant le retrait complet de la matrice.

Pression, attrition du tissu cellulaire et des vaisseaux pelviens, attritions ou déchirures du col de la matrice, telle est la réunion des conditions locales et générales qui prédisposent aux affections puerpérales, et qui en éclairent la pathogénie.

Ces faits rappelés, je viens à la question qui fait l'objet de ce travail.

Qu'est-ce que la *fièvre puerpérale?*

Cette question, je me la suis faite quand le débat a été soulevé. Je me demandais alors quelles affections étaient comprises sous cette dénomination?

J'ai suivi le procès avec soin, et il m'a paru que tout le monde n'entendait pas la question de la même manière : les uns, en effet, voyant dans la maladie une affection générale, la restreignent aux cas les plus graves et considèrent comme faits accessoires les lésions anatomiques; les autres font de celles-ci le point de départ de la maladie ; d'autres l'essence même.

Le point en discussion est celui-ci : Y a-t-il une fièvre essentielle indépendante des lésions anatomiques?

Quelle est la valeur de celles-ci; quel est leur enchaînement avec les symptômes?

Nul doute, bien qu'elle soit insaisissable, qu'à certaines époques une *cause*, que l'on suppose d'origine miasmatique, ne produise épidémiquement une *fièvre* grave. Mais cette fièvre est-elle différente de la métro-péritonite, de la phlébite utérine, de la lymphangite, de l'infection purulente ou putride?

M. Depaul, qui a inauguré à l'Académie la doctrine de l'*essentialité*, avec autant de courage que de talent, n'hésite pas à proclamer l'existence d'une fièvre *infectieuse*, qui tient sous sa dépendance les lésions anatomiques.

Je suis *essentialiste* avec l'honorable académicien, s'il ne s'agit que d'admettre une *cause* qui *paraît* agir d'une manière générale sur l'organisme. La restriction que j'apporte sur le mode d'action de cette cause est motivée par l'ignorance complète dans laquelle nous sommes de son origine comme de ses moyens de pénétration dans l'économie. On pourrait soutenir, en effet, que l'utérus est, aussi bien que le poumon, la voie ouverte à son entrée.

A l'instant, je me sens arrêté par cette considération que la maladie atteint la femme enceinte, l'enfant au sein de sa mère, et qu'elle peut même faire des victimes en dehors de la puerpéralité.

Soit ; mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels, discutables ou du moins susceptibles d'interprétations diverses. Je les admets néanmoins sans restriction.

Quoi d'extraordinaire, en effet, qu'une *cause*, sous l'empire de laquelle nous voyons se produire à côté des accidents puerpéraux, suivant la remarque de M. Trousseau, des ophthalmies purulentes, du muguet, des érysipèles, et, s'il y a lieu, la pourriture d'hôpital, détermine des états typhoïdes graves, indépendamment de toute condition de puerpéralité ?

Sans rien préjuger sur l'origine, la nature, les moyens d'action de cette cause, nous pouvons l'apprécier par ses effets. Nous reconnaissons qu'elle se montre avec une intensité variable, un génie différent selon les épidémies, auxquelles elle donne une forme inflammatoire, bilieuse ou maligne ; que même elle change la direction des déterminations locales, reportant vers les plèvres, par exemple, les épanchements dont le péritoine est le plus souvent le siége. Mais cette cause trouve dans la *puerpéralité* la condition *indispensable* de sa *fécondation.* Je dis *indispensable,* car des exceptions que l'on compte ne peuvent infirmer la règle générale. Si la *fièvre puerpérale* se montre à l'état sporadique, aussi bien qu'à l'état épidémique, avec des phénomènes et des lésions anatomiques semblables, il n'y a aucune raison pour en faire des espèces morbides différentes.

Examinons les raisons apportées en preuve de l'essentialité de cette fièvre.

Des faits exceptionnels, que j'admets malgré les contestations dont ils ont été l'objet, établissent qu'après la mort on n'a trouvé aucune lésion anatomique.

En cela, rien d'anormal : n'est-il pas arrivé que dans des épidémies d'une autre nature, le choléra, par exemple, il y ait eu des individus sidérés d'emblée? Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la puerpéralité ? Si la maladie s'était prolongée, les altérations anatomiques se fussent produites. Il n'est pas certain non plus que des lésions existant pendant la vie ne se soient pas effacées après la mort.

Mais, dira-t-on, c'est précisément là le triomphe de l'*essentialisme* sur la doctrine de l'infection purulente ou putride. — Cela est possible pour des cas exceptionnels ; mais cela ne suffit pas pour constituer une espèce morbide, car, partie de l'infection générale ou de l'infection purulente, la maladie se résume toujours dans les mêmes lésions ou produits anatomiques.

Mais, disent les essentialistes, les déterminations locales, les suppurations disséminées ne sont que secondaires ou accessoires ; elles sont primées par la *fièvre,* qui est elle-même un effet de l'infection et de l'altération du sang.

Ceci est une *hypothèse,* plausible j'en conviens, mais qui attend sa démonstration.

Quant à cette altération du sang, sur laquelle l'honorable M. Depaul a appelé l'attention du corps savant, et qui a passé sans contestation, il eût été désirable qu'elle se présentât avec des preuves irrécusables ; qu'il fût dit comment elle avait été constatée; si c'était pendant la vie ou après la mort, sur combien d'individus, sous l'influence de quelle température, à quelle période de la maladie, dans quelle circonstance, etc.

Je suis d'autant plus autorisé à exprimer ce regret que, pendant une année d'internat passée à l'Hôtel-Dieu, dans un service de femmes en couches, dirigé par M. Husson, j'ai vu traiter toutes les fièvres puerpérales par de larges saignées, et que j'ai toujours constaté l'existence d'une couenne fort épaisse. J'ai, depuis, fait la même observation, quand j'ai été appelé à pratiquer des saignées en pareil cas. Du reste, l'infection purulente ou putride pourrait aussi réclamer à son profit cette diffluence du sang.

Quant aux autres lésions anatomiques, il est inutile d'y insister; elles ne diffèrent pas de celles qui sont invoquées par les localisateurs. J'en apprécierai la valeur dans un instant; seulement je rappellerai que les essentialistes portent au profit de leur doctrine la multiplicité et la variété de siége des foyers de suppuration.

A cela je réponds que la mobilité des congestions rhumatismales ne change rien à la nature de la maladie, et que toute suppuration est précédée par un état morbide local et souvent général; que l'*état puerpéral* explique suffisamment la multiplicité des foyers de suppuration.

On dit encore, en preuve de l'essentialité, qu'il n'y a aucune altération anatomique fixe. C'est beaucoup dire; mais, enfin, acceptons l'argument. Eh bien, il est précisément en opposition avec la conclusion. N'est-il pas vrai que les fièvres, dites essentielles, ont des *lésions spéciales déterminées*? Pour acquérir son droit d'entrée parmi elles, la fièvre puerpérale ne devrait-elle pas se présenter aussi avec ses altérations spécifiques ?

Le tableau des symptômes est-il plus favorable à l'essentialisme ? Je l'ai lu avec attention, je l'ai comparé avec celui que j'ai dans mes souvenirs, avec les faits que j'ai chaque jour devant les yeux, je n'ai trouvé aucune différence; c'est-à-dire qu'à des nuances près, j'ai vu dans cet exposé tous les caractères des métro-péritonites et des infections purulentes ou putrides.

On dit encore, en faveur de la fièvre essentielle, que son début a lieu dans les huit premiers jours qui suivent l'accouchement; tandis que l'infection purulente ne paraît que vers le dixième ou douzième jour. C'est, je crois, une erreur manifeste, car l'époque des suppurations veineuses ou lymphatiques n'est pas moins rapprochée de la délivrance que ne peut l'être l'*infection épidémique*, ainsi que l'a rappelé M. de Castelneau. En reportant au dixième jour l'infection purulente, ne l'aurait-on pas confondue avec la fièvre de suppuration entretenue par les épanchements purulents ?

En résumé, j'admets chez la femme en couche un état diathésique spécial, favorable aux inflammations et aux vastes suppurations, et,

en temps d'épidémie, l'intervention d'une cause générale qui détermine précisément ces manifestations morbides.

Hors les temps d'épidémie, cette cause générale est moins démontrée ; cependant il n'est point rare qu'un refroidissement devienne le point de départ d'accidents puerpéraux graves. Mais ces accidents sont plus souvent préparés ou déterminés par des accouchements laborieux : lésions de l'utérus ou du tissu cellulaire péri-utérin.

Les phénomènes locaux marquent ordinairement ici le début de la maladie d'une manière plus tranchée que dans les cas précédents ; mais on n'en voit pas moins survenir les frissons et la fièvre, la fréquence du pouls, la dyspnée, etc., et la maladie prendre l'aspect de la fièvre puerpérale la mieux caractérisée.

C'est que, outre les phénomènes réactionnels et sympathiques, il y a ici une infection purulente ou putride qui prend la place de l'*infection épidémique*.

Au point de départ, la fièvre sporadique peut différer de la fièvre épidémique ; mais, une fois constituées, l'une et l'autre se montrent avec les mêmes caractères, se confondent par leur origine infectieuse, et se font remarquer par leur gravité, se résument dans les mêmes lésions anatomiques.

Quelques mots encore sur la cause épidémique que l'on fait généralement naître de l'encombrement. Erreur manifeste, puisque cette cause se répand dans des localités éloignées du prétendu foyer d'encombrement ; se dissémine dans des contrées séparées par des montagnes ou des mers, et va frapper ses victimes dans l'isolement, au sein de l'opulence aussi bien que dans les établissements hospitaliers ; que, d'ailleurs, il n'y a plus d'*encombrement*, mais réunion dans des salles généralement bien aérées et pourvues de toutes les choses nécessaires au bien-être des accouchées ; que si telle était la source de la cause épidémique, il n'y aurait aucune raison pour qu'un hôpital, une salle fussent plutôt épargnés que d'autres, pour que les épidémies ne régnassent pas en permanence partout où il y aurait une réunion de femmes en couches.

Enfin, on a présenté la contagion, sur laquelle néanmoins des doutes puissants se sont élevés, comme un caractère *distinctif* de la fièvre puerpérale essentielle. Je ne puis me prononcer sur cette question, n'ayant observé aucun fait qui militât en faveur de ce mode de propagation. Mais s'il en était ainsi, sans changer de nature, cette fièvre, comme la typhoïde dans certaines circonstances, aurait la propriété de se transmettre. Mais cette propriété tout accidentelle ne pourrait encore servir à caractériser une *espèce*.

D'après les symptômes peut-on établir des maladies parfaitement distinctes ? M. le professeur P. Dubois les a divisées en deux groupes, parfaitement vrais au point de vue symptomatique, mais insuffisants pour établir une distinction nosologique ; car ils ne diffèrent que par leur degré de gravité, et les cas du premier, de l'aveu de l'éminent professeur, peuvent revêtir les formes du second. Les choses se passent ainsi dans toutes les épidémies, qu'il s'agisse de typhus, de fièvre jaune, de peste ou de choléra. Nés sous l'empire

de la même cause, les accidents légers, moyens ou graves sont *congénères*, et ce n'est pas sur leur intensité, leur curabilité habituelle ou leur incurabilité à peu près constante, sur des nuances ou de légères différences symptomatiques qu'il est possible de baser une distinction nosologique.

Dans un service décimé par la fièvre puerpérale, on voit à chaque instant, à côté des cas foudroyants, contre lesquels échouent tous les efforts de la thérapeutique, on voit, dis-je, des cas moins brusques dans leur invasion, moins violents dans leurs symptômes, moins rapides dans leur marche, dont on se rend parfois maître avec plus ou moins de difficultés, et qui néanmoins nous échappent souvent au moment où nous croyons pouvoir compter sur un succès. Pour nous ce sont des cas de fièvre puerpérale plus ou moins accentués, aussi bien que les troubles cholériformes à différents degrés appartiennent au choléra, dans les épidémies cholériques.

Si j'ai raison dans cette appréciation des faits, je puis déjà revendiquer en faveur de la thérapeutique sa part d'influence dans la guérison des fièvres puerpérales.

J'arrive maintenant à la doctrine de l'infection purulente, non admise par les essentialistes, et à laquelle M. Béhier, dans des lettres remarquables, publiées dans l'*Union médicale*, après de longues et intéressantes recherches, a donné un chaleureux appui.

Avec lui et les localisateurs, j'atteste que je n'ai fait encore aucune autopsie de femme ayant succombé à ce que j'ai cru être une fièvre puerpérale, sans rencontrer de la suppuration dans les ligaments larges et surtout vers les ovaires, souvent du pus dans les veines, et dans presque tous les cas une péritonite.

Après avoir fait la part de la cause épidémique, faisons, s'il se peut, celle des lésions anatomiques.

On ne peut méconnaître l'existence d'un traumatisme utérin, qui favorise les congestions inflammatoires sur cet organe. Congestions d'autant plus faciles que la prédominance de la fibrine constitue elle-même une prédisposition diathésique.

Rien d'extraordinaire donc que, sous l'action épidémique, l'utérus reçoive la première impression ; aussi, dans les affections puerpérales, quelle que soit leur intensité, est-il le premier à manifester sa souffrance, limitée à l'hypogastre dans les cas légers, mais rapidement étendue à toutes les régions du ventre, dans les cas graves. Je ne sais si l'altération du sang, par suite de l'infection épidemique, a une marche plus rapide.

Quand on jette les yeux sur ces lésions à peu près constantes, sur ces suppurations du bassin, ces veines ou ces vaisseaux lymphatiques remplis de pus, sur ces épanchements péritonéaux si considérables, et qui ont encore appauvri le sang de son principe albumineux ; quand, d'un autre côté, on se rappelle l'importance de l'utérus, le rôle qu'il joue dans l'économie, l'acte qu'il vient d'accomplir et qui a laissé de si profondes modifications dans son tissu, dans ses vaisseaux, dans sa sensibilité, on se prend à devenir localisateur.

Nous avons admis que la cause épidémique avait une action

générale; on pourrait aussi bien soutenir qu'elle s'exerce sur l'utérus d'où partirait l'étincelle qui doit généraliser la maladie. Cette étincelle serait l'infection purulente, qui ne me paraît pas contestable. La présence du pus dans les veines, son libre passage des vaisseaux utérins dans la veine cave, maintes fois constaté, les phénomènes qui ont accompagné ces lésions, et qui sont en tout semblables à ceux que l'on produit sur les animaux par l'injection du pus dans les veines, semblables aussi à ceux que l'on attribue à la fièvre puerpérale, tout prouve que l'infection purulente joue un rôle immense dans la pathologie puerpérale.

Mais ce qui se passe dans les épidémies n'est plus également applicable aux cas de fièvre sporadique.

Ici ordinairement, et cela se voit surtout après un accouchement laborieux, dans lequel l'utérus a été contus, déchiré, la scène des accidents commence manifestement dans cet organe; l'inflammation utérine s'irradie dans le bassin, remonte dans l'abdomen; et l'on voit survenir plus ou moins près de la délivrance, avec les frissons, tous les accidents de l'intoxication purulente, une fièvre puerpérale.

Je ne sais que dire de l'infection putride; bien des objections s'élèvent contre elle. L'utérus, le vagin, sont parfois un véritable cloaque, dans lequel les lochies décomposées exhalent une odeur horrible, et cependant les suites de couches se passent sans accidents. Néanmoins, il ne me paraît point impossible que des absorptions accidentelles se fassent dans l'utérus, et que l'infection putride ait lieu dans certains cas. Au demeurant il sera toujours prudent de détruire ce foyer de décomposition, dont le moindre inconvénient est de vicier l'atmosphère qui enveloppe l'accouchée.

Je ne dirai que peu de mots de la doctrine de l'*inflammation*; elle est vraie en ce sens que les déterminations locales sont de nature inflammatoire; mais ne tenant compte d'aucune infection ni de l'altération du sang, elle conduirait à des conséquences fâcheuses en thérapeutique, si elle devait être le guide des médications.

Je ne nierai pas cependant qu'à l'état sporadique des inflammations *simples* ne se puissent produire chez la femme en couche. Mais il y a toujours l'état puerpéral qui donne un cachet spécial à ces phlegmasies, ne fût-ce que par l'abondance de leurs produits, et par l'altération du sang qui doit suivre ces exhalations morbides. Aussi les phénomènes ultimes des métro-péritonites sporadiques se rapprochent-ils de ceux que l'on attribue à la fièvre puerpérale essentielle.

En résumé, la dénomination de *fièvre* me paraît parfaitement applicable aux accidents dont il a été question, à ceux même qui semblent localisés; car derrière ces accidents il y a toujours l'état puerpéral, avec ses conditions hématiques, qui en font des affections générales.

Mais je ne vois ni dans les circonstances étiologiques, ni dans la symptomatologie, ni dans l'altération du sang accusée par les essentialistes, insuffisamment étudiée, et pouvant appartenir aussi bien à l'infection purulente ou putride qu'à l'infection miasmatique, les

éléments d'une distinction nosologique. Seulement j'admettrais des formes dans cette fièvre : les formes typhique, inflammatoire, bilieuse, et, suivant le siége, péritonitique ou pleurétique. En cela je ne préjuge rien sur les décisions de l'avenir, et j'exprime des faits incontestables.

Les faits ainsi posés, j'aborde la question de thérapeutique.

Si la fièvre puerpérale n'était que la plus haute manifestation des accidents puerpéraux, je m'inclinerais devant l'arrêt d'incurabilité porté contre elle. Mais si je ne me trompe, si, dans la pathologie puerpérale, sous l'empire d'une cause épidémique, nous voyons surgir des cas légers à côté des cas graves; entre eux des cas mixtes; si ces différents cas, pouvant se transformer les uns dans les autres, ont la même origine, sont de la même famille, nous pouvons hardiment relever le drapeau de la thérapeutique; car à côté de ses revers inévitables elle compte d'incontestables succès, et, en cela, son rôle est le même dans toutes les épidémies d'affections graves, typhus, peste, choléra, etc.

Prophylaxie. J'ai peu de chose à dire sur ce point; ainsi je passerai sous silence les règles toutes rationnelles qui doivent présider à l'établissement des maisons d'accouchement, et qui ont été soigneusement indiquées par M. Danyau dans la discussion académique pour ne m'occuper que de la question thérapeutique.

Le sulfate de quinine, associé au fer, préconisé par M. Piedagnel comme moyen prophylactique, a-t-il réellement l'efficacité que lui attribue notre collègue?

Pour juger la question, il faudrait que l'expérimentation se fît sur une grande échelle, dans différents pays, en temps ordinaire, comme en temps d'épidémie. Nous croyons, d'après cela, que M. Piedagnel s'est trop hâté de conclure.

Ce moyen, néanmoins, est parfaitement rationnel, comme reconstituant et antiseptique, et des expériences faites par l'honorable M. Danyau lui semblent favorables. En effet, la proportion des cas graves et des décès a été assez sensiblement moindre chez les accouchées soumises à ce traitement préventif, que chez celles qui n'avaient subi aucun traitement; c'est ainsi que chez les premières la mortalité a été de 1 sur 60; et chez les secondes de 1 sur 37.

Chez ces femmes hydrhémiques, et presque toujours débilitées par quelques mois de souffrance et de misère, une des premières indications, c'est de relever et de soutenir les forces par une alimentation réparatrice. Depuis quelques années, j'ai l'habitude de donner des aliments, même dès le premier jour, à mes nouvelles accouchées : une ou deux portions d'aliments de l'hôpital; je règle la quantité sur les besoins de l'accouchée. Beaucoup d'entre elles, dès le troisième ou le quatrième jour, mangent trois portions, dont cependant je modère la quantité, quand la fluxion lactée se fait avec trop de vivacité.

Chez les femmes les plus épuisées, je prescris aussi, dès le premier jour, des préparations ferrugineuses, du vin de quinquina.

Je crois cette pratique avantageuse. En soutenant et réparant des forces épuisées souvent avant la délivrance, épuisées, en outre, par

les pertes qui suivent le travail, il m'a paru que l'on mettait ces femmes dans des conditions plus favorables pour résister aux causes des accidents puerpéraux ; j'ajoute qu'elles se trouvent généralement bien de ce régime, et qu'il ne m'a jamais paru avoir d'inconvénients.

Mon intention n'est pas de passer en revue toute l'hygiène des femmes en couches ; il y a néanmoins des points sur lesquels je crois devoir insister.

Pour obvier au vide que l'accouchement laisse dans l'abdomen, on donne généralement le conseil, trop négligé peut-être, au moins dans les détails, de soutenir les parois abdominales par un bandage de corps, afin d'empêcher par la compression extérieure l'afflux des liquides qui devrait suivre la cessation de la compression exercée par l'utérus distendu.

A tort ou à raison, j'attache une grande importance à cette mesure de précaution ; j'en surveille l'application régulière et la continuation pendant plusieurs jours.

Le défaut de retrait de l'utérus a joué un rôle dans la discussion académique. Sans y attacher toute l'importance que lui a donnée M. Jules Guérin, je crois qu'il n'est point à négliger. Ainsi, quand après les couches la matrice reste molle et flasque, je n'hésite pas à exciter des contractions avec quelques doses de seigle ergoté. Nous verrons dans un instant que le vomitif remplit également cette indication.

La possibilité de l'infection putride par des lochies décomposées est prévenue par des injections chlorurées, répétées plusieurs fois le jour, et dont les malades se trouvent généralement bien.

Lorsque des coliques un peu vives suivent l'accouchement, comme elles pourraient être le point de départ d'une métrite, je leur oppose une potion opiacée, additionnée de 4 à 8 grammes d'acétate d'ammoniaque. Cette potion est ordinairement continuée pendant quelques jours, avec avantage. Un de ses effets favorables est l'établissement d'une douce diaphorèse, que nous nous trouvons bien d'entretenir, quand des accidents plus sérieux se produisent.

Les évacuations alvines sont l'objet d'une attention particulière ; la constipation peut entretenir de la tension, des douleurs dans le ventre, et aviver la sensibilité utérine. Quand le lavement, toujours donné le premier jour, ne suffit pas, je prescris de 8 à 10 grammes d'huile de ricin, quel que soit d'ailleurs l'état de la malade, et même durant la fièvre de lait ; c'est aussi une condition du traitement des métro-péritonites. Ce léger laxatif peut être répété une ou deux fois, sans aucune fatigue pour la malade, sans troubler en aucune manière les phénomènes physiologiques dans leur marche. Presque toujours, cette petite dose amène de deux à six évacuations faciles, au grand bien-être des accouchées.

Il faut également surveiller les évacuations d'urine. Souvent il y a, après la délivrance, une rétention momentanée qui pourrait en imposer pour une métrite, et que la sonde enlève immédiatement.

Rappeler ces faits si simples, c'est peut-être faire de la médecine vulgaire; mais il n'y a point de petits soins à négliger chez la femme en couches, et c'est parce que j'ai trop souvent reconnu les

fâcheux effets de cette négligence que j'ai cru devoir insister sur ces petites indications.

L'allaitement est une condition imposée à toutes les femmes qui accouchent dans mon service. Si ce n'est point une mesure préventive de la fièvre puerpérale, c'est néanmoins un utile diverticulum des congestions abdominales.

Le repos au lit et une bonne chaleur sont considérés comme nécessaires à la régularité des suites de couches. En temps ordinaire, les femmes commettent impunément, sous ce rapport, les plus extravagantes imprudences. Mais en temps d'épidémie tout est sérieux. Ainsi, récemment, une jeune fille, qui avait éprouvé de légers accidents rapidement guéris, devait sortir vers le douzième jour : elle était dans d'excellentes conditions ; elle se leva, se servit d'eau froide pour sa toilette, et fut aussitôt prise d'une fièvre puerpérale péritonitique, à laquelle elle succomba. Ces exemples sont fréquents, malgré toutes nos recommandations ; aussi doit-on redoubler de surveillance quand une épidémie vient à se montrer, et prévenir par de sages conseils, ou même de la sévérité, les imprudences auxquelles les malades ne sont que trop disposées à se livrer.

J'arrive à des accidents plus marqués.

En tous temps, l'invasion d'un frisson est un fait sérieux.

S'il précède une bonne montée de lait ; si la fièvre reste modérée, que la peau soit le siége d'une bonne expansion diaphorétique, malgré de légères douleurs hypogastriques, on peut attendre. Des boissons chaudes, la potion calmante ammoniacale, des cataplasmes suffisent ordinairement.

Mais, en général, le frisson est l'indice d'une perturbation plus ou moins profonde, à moins qu'il ne soit provoqué par quelque abcès mammaire. On voit alors se développer un ensemble de symptômes plus ou moins intenses et dans lesquels on observe généralement l'inappétence, l'amertume de la bouche, l'accélération de la respiration s'élevant parfois jusqu'à la dyspnée ; la fréquence du pouls avec endolorissement et douleurs plus vives vers l'utérus. Il peut se mêler à cela des désordres intellectuels légers.

En pareil cas, la méthode de traitement généralement suivie dans mon service est celle-ci :

Un vomitif : ipéca pulvérisé, 2 grammes ; sirop d'ipéca, 30 grammes mêlés, auxquels j'associe, chez les femmes fortes, de 5 à 10 centigrammes de tartre stibié, pris en quatre fois à demi-heure d'intervalle.

Plus les évacuations sont abondantes, et surtout bilieuses, par le haut et par le bas, plus le soulagement est complet.

La cessation de la fièvre, le retour de l'appétit succèdent souvent à ces évacuations.

L'ipéca, dans la thérapeutique des maladies puerpérales, donne vraiment des résultats merveilleux. Je n'hésite jamais à l'administrer quand je vois le frisson se produire, le teint s'altérer, la langue se charger, quelle que soit l'époque de l'accouchement ; je ne l'ai *jamais* vu produire un mauvais effet et chaque jour j'admire sa puis-

sante efficacité. Il mérite bien la dénomination de *poudre d'or* qu'on lui a donnée.

L'ipéca a sur l'émétique l'avantage de ne pas débiliter aussi profondément les malades ; c'est un évacuant tonique.

Si l'on veut se rendre compte de son mode d'action, on voit qu'il est assez complexe.

Les évacuations qu'il provoque, et surtout si elles sont bilieuses, constituent un acte dépurateur et exonérateur tout à la fois. Sans toucher aux globules du sang, il en extrait de la sérosité surabondante.

Il facilite d'un autre côté la perspiration cutanée.

Mais ses effets mécaniques ont une importance notable. Les secousses du vomissement donnent lieu à une compression générale, douce néanmoins, malgré les efforts de contraction, de tous les viscères abdominaux. Les lochies sont expulsées, la matrice refoulée s'affaisse, les vaisseaux, distendus par l'afflux des liquides, se trouvent vidés par ces efforts répétés, etc. J'insiste sur cette action mécanique, dont les effets sont si favorables. En fractionnant les doses du médicament, j'ai pour but de prolonger son action durant deux ou trois heures.

Après le vomitif, la potion calmante; et, si le frisson a été intense ou répété, je donne de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine ou plus, que je continue, si la fièvre persiste, plusieurs jours de suite.

Le sulfate de quinine est donné ici plutôt comme modificateur général et antipériodique que comme antiphlogistique. Il est sans inconvénient et m'a paru souvent concourir puissamment à la guérison.

Souvent, après vingt-quatre heures de traitement, les accidents sont dissipés. Mais si la fièvre persiste, si la langue reste chargée, le ventre légèrement douloureux et qu'il n'y ait pas eu d'évacuations alvines, je reviens au vomitif ou je donne l'huile de ricin; cela suffit dans beaucoup de cas.

Mais il en est d'autres qui, d'emblée ou secondairement et par insuffisance des moyens précédents, se dessinent tout à coup ou progressivement par des accidents utéro-péritonitiques sérieux. L'hypogastre est tendu, douloureux à la pression, ainsi que les flancs [1], mais la région sus-ombilicale est encore respectée. Cependant, la fréquence du pouls, l'altération des traits, une certaine dyspnée peuvent déjà faire ranger ces cas dans les cas très-graves.

Ici, tout en continuant la médication générale que je viens d'indiquer, je m'attache à combattre l'affection locale, qui peut grandir, gagner les régions péritonéales supérieures ou verser dans la circulation des produits morbides infectants; je fais alors couvrir le ventre

[1] M. Béhier, dans ses lettres, a justement attaché beaucoup d'importance à la métrite. Il signale, comme phénomène nouveau, la tuméfaction ovarique, perçue à travers les parois abdominales, sous forme de deux coquilles, placées aux angles de la matrice. Tout en rendant justice à notre honoré collègue, je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'aller chercher la tumeur et la douleur aussi profondément; la pression nécessaire pour atteindre ce but n'aurait-elle pas l'inconvénient d'augmenter l'inflammation? C'est une crainte que j'exprime.

de 15 à 20 ventouses scarifiées et tirer 3 ou 4 palettes de sang. Les ventouses peuvent être répétées, s'il y a lieu, le même jour ou le lendemain, ou être remplacées par une application de sangsues. Très-souvent il nous arrive d'arrêter ainsi une métro-péritonite menaçante et peut-être une infection purulente.

Mais, dans des cas moins heureux, la péritonite se généralise, la respiration devient *haute*; qu'on me permette cette expression un peu vulgaire, il y a de ce côté *du tirage*. Hélas! contre ces accidents envahissants, l'art est impuissant. L'anxiété, une sorte de jactitation, le besoin de se découvrir, de la stupeur, du délire typhique, parfois un calme, une sérénité apparente qui peuvent tromper, l'accélération du pouls, qui devient petit et miure; et souvent, au milieu de tout cela, un sentiment profond d'anéantissement qui porte les malades à réclamer des aliments, du vin, avec instance, constituent un ensemble de phénomènes précurseurs d'une mort prochaine.

Un dernier mot sur le sulfate de quinine à haute dose préconisé par M. Beau.

Je ne sais si je me trompe, mais il m'a semblé que son intervention dans les cas moyens était souvent utile, soit qu'il agît contre les frissons périodiques, soit qu'il agît contre la cause épidémique, *miasme* ou autre; soit enfin qu'il amenât une sédation dans la circulation. Je ne l'ai point expérimenté sur une aussi grande échelle que notre collègue de l'hôpital Cochin; mais je me rappelle qu'à l'époque où M. Beau constatait dans son service des succès avec le sulfate de quinine, nous touchions à la fin de l'épidémie de 1856, et que les mêmes succès, nous les obtenions à l'Hôtel-Dieu avec la médication évacuante, dont M. Beau lui-même fait précéder l'emploi du sel quinique. Quoi qu'il en soit, ce médicament doit être pris en considération dans la prophylaxie et dans la thérapeutique des accidents puerpéraux, mais je le crois impuissant dans les cas graves; j'ajouterai même que la *dépression* qui suit son emploi pourrait accélérer, chez certaines malades faibles ou épuisées, l'instant fatal.

Je dirai peu de chose des autres moyens thérapeutiques opposés à la fièvre puerpérale grave. Quelques mots néanmoins sur les préparations hydrargyriques. Je les ai bien souvent employées à hautes doses sans aucun résultat satisfaisant, et je n'y ai recours que comme à un moyen résolutif local, adjuvant des cataplasmes. Récemment, néanmoins, encouragé par la parole de M. Velpeau, j'ai soumis une femme au traitement préconisé par l'éminent professeur, et la malade a succombé sans que les symptômes aient subi la plus légère modification. En réfléchissant au mode d'action des onctions mercurielles, on doit, en effet, peu compter sur leur efficacité, car il est douteux que dans la profonde perturbation dont l'économie est alors le siége, l'absorption du médicament puisse s'effectuer. D'un autre côté, à moins que l'on ne retire de l'action locale du médicament un effet résolutif, on ne conçoit pas bien comment l'hydragyrisation viendrait réparer la dissolution du sang et rétablir l'équilibre entre ses matériaux, elle qui a précisément cette même altération pour résultat.

Dans ce que je viens de dire, on trouvera peut-être que je me suis livré à des considérations un peu trop élémentaires ; mais ne fallait-il pas revendiquer les droits de la thérapeutique, relever les courages abattus, rendre confiance aux médecins désarmés par le verdict d'incurabilité rendu contre la fièvre puerpérale ? Ne fallait-il pas aussi montrer à ceux qui sont éloignés de la pratique des grands centres d'accouchement tous les avantages que l'on peut retirer de médications actives et cependant *toujours innocentes*, malgré l'énergie de leur action physiologique ?

Mais ne me suis-je pas fait illusion ? N'ai-je pas confondu sous le nom de *fièvre puerpérale* des affections distinctes ; des *inflammations franches*, par exemple, avec la fièvre essentielle ? C'est l'opinion qui semble résulter de l'argument de M. Guérard, qui m'a fait l'honneur de me citer dans son résumé de la discussion académique.

« De ce que (dit notre honoré collègue de l'Hôtel-Dieu) des phlegmasies franches règnent dans une même salle avec la fièvre puerpérale, il ne s'ensuit pas que l'on ait affaire à une seule et même maladie ; car, dans cette même salle, il y a des femmes qui échappent à la fièvre puerpérale, *à plus forte raison* peut-il y en avoir qui soient atteintes de phlegmasies franches, sans fièvre puerpérale. »

D'après ce que m'a dit M. Guérard, les journaux de médecine n'auraient pas exactement reproduit mes opinions, déduites par lui de la note que je lui avais remise. Mais je crois que la sienne est bien exprimée dans l'argument qu'il m'oppose.

Je ne saisis pas bien la raison *à fortiori* qui le termine, car je crois être plus près de la vérité en substituant à cet argument la proposition suivante : « Là où règne la fièvre puerpérale, il n'y a plus de phlegmasies franches ; l'épidémie absorbe toutes celles qui surgissent. » C'est une loi commune à toutes les épidémies ; qu'il s'agisse de grippe, de typhus, de choléra. Dans tous les cas l'épidémie prend la place des maladies ordinaires, ou du moins elle marque au coin de son génie celles qui se montrent accidentellement. C'est une vérité d'observation que notre savant et honoré collègue connaît aussi bien que nous. Pourquoi les accidents puerpéraux feraient-ils exception à la règle, surtout avec la puerpéralité pour lien commun ?

J'ai dit en commençant que toutes les doctrines produites à propos de la fièvre puerpérale avaient leur raison d'être. Je termine par une réflexion, c'est que toutes sont représentées dans ces intentions curatives :

Celle de l'essentialité par les évacuants, les sudorifiques, le sulfate de quinine ;

Celle de l'infection purulente ou putride, par les moyens de déplétion et de dépuration que l'on puise dans les vomitifs et les purgatifs, le seigle ergoté, les injections, etc. ;

Celle de l'inflammation, par les antiphlogistiques.

Les médications qui résultent de la coordination de ces moyens constituent la thérapeutique puerpérale, souvent efficace dans les cas légers, luttant souvent avec bonheur contre les cas moyens, et

très-exceptionnellement heureuse dans les cas graves. D'où il suit que, malgré des insuccès qui se retrouvent d'ailleurs dans d'autres épidémies pour les cas graves, elle rend à l'humanité les plus éminents services.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi d'une nouvelle fronde élastique pour le traitement des fractures de la mâchoire inférieure.

Par le professeur BOUISSON.

La fronde élastique, si évidemment utile dans les fractures du corps de la mâchoire, n'intéressant qu'une partie de l'os, et par conséquent le divisant en deux fragments, serait-elle moins avantageuse dans les cas où une lésion plus grave intéresserait la mâchoire en deux points différents, et par conséquent la partagerait en trois fragments ? L'exemple suivant contribuera à résoudre cette difficulté thérapeutique qui, dans certaines circonstances du reste, a éludé l'action de tous les appareils proposés jusqu'à ce jour, en tant du moins qu'on avait la prétention d'obtenir une consolidation exempte de difformité, et aboutissant à cette courbe irréprochable et à ce niveau absolu de l'arcade dentaire, qu'on n'observe même pas toujours dans l'état normal. Les chirurgiens qui se sont mis en frais d'invention pour les appareils destinés à remédier aux fractures compliquées de la mâchoire, n'ont peut-être pas assez réfléchi que cet os, bien différent, par sa forme et sa position, des os des membres, n'est pas accessible comme ces derniers par toute sa périphérie, et que s'il est possible d'entourer un membre d'attelles ou de moules résistants qui agissent sur toute la longueur et à toutes les extrémités des diamètres des leviers fracturés, la mâchoire inférieure, moins facilement accessible, n'admet que partiellement ce genre d'action ; se face externe et son bord inférieur s'y prêtent seuls d'une manière avantageuse, mais la face profonde de l'os échappe presque nécessairement à une pression efficace ; par conséquent l'attelle de Bottcher, les coussins sous-maxillaires maintenus par des frondes dans la concavité de l'os, ne peuvent agir que d'une manière très-incomplète, et quoi qu'on fasse on ne parvient jamais à emprisonner complétement l'os par des pressions exercées sur les faces. Les actions de ce genre se réduisent à un demi-enveloppement de la mâchoire

(1) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 15.

impropre à maintenir celui des fragments qui tend à s'enfoncer vers la bouche. Dans les fractures doubles du corps de l'os, le fragment moyen, sollicité en arrière et en bas par les muscles qui s'insèrent à sa concavité, sera donc imparfaitement retenu, même par les appareils mécaniques dont Rudenich a établi le principe, et il faudra se résigner à une difformité que l'on devra s'efforcer de rendre aussi faible que possible. Or, dans ces conditions, la fronde à chefs élastiques nous paraît ne le céder en rien aux moyens déjà connus, et les services qu'elle a rendus dans le cas suivant nous paraissent emporter conviction à cet égard.

Obs. II. *Fracture multiple du corps de la mâchoire avec déplacement considérable du fragment moyen. — Emploi favorable de la fronde à chefs élastiques.* — Jean X....., ferblantier à Gauges (Hérault), âgé de vingt-six ans, était occupé à arranger les gouttières d'un toit, lorsqu'un accident survenu à l'échafaudage dressé à cet effet le fit choir inopinément. Une poutrelle qu'il rencontra en tombant lui fracassa la mâchoire inférieure. On le transporta à son domicile tout contusionné par cette chute et par celle des planches qui tombèrent sur lui pendant l'écroulement de l'échafaudage. Le blessé resta vingt-quatre heures sans réaction. M. le docteur Beau (de Sumène) lui donna les premiers soins, et, lorsque la circulation commença à se ranimer, il employa des sangsues et une saignée, qui améliorèrent son état. On put le transporter à Montpellier huit jours après, et il fut admis, le 6 juillet 1850, à l'hôpital Saint-Eloi.

Les suites de la commotion cérébrale et les traces de diverses contusions éprouvées par le blessé ayant à peu près disparu, notre attention dut se concentrer sur la lésion qui avait laissé des conséquences plus durables, c'est-à-dire sur la fracture du maxillaire inférieur. Cet os était d'abord exactement divisé sur la ligne médiane. La moitié droite de l'os était à peine déplacée, mais la moitié gauche était séparée en deux autres fragments, l'un formé par la moitié correspondante du corps de l'os, et l'autre par la branche maxillaire. La portion séparée du corps de l'os, devenue ainsi un fragment moyen, présentait en avant un bord droit, puisque la fracture existait dans ce sens au niveau de la symphyse du menton; en arrière, elle était limitée par un bord dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, et par un biseau taillé, autant qu'on pouvait en juger, aux dépens de sa face externe. Il résultait nécessairement d'une pareille disposition que ce fragment, déjà refoulé en arrière et en bas par l'action directe de la cause vulnérante, était encore violemment attiré et retenu dans cette position par les muscles sus-hyoïdiens. La fracture était, en conséquence, rendue évidente par la difformité de la région. Il suffisait de longer avec le doigt la base de la mâchoire, ou de faire entr'ouvrir la bouche, pour reconnaître aussitôt l'enfoncement et l'abaissement du fragment moyen qui supportait cinq dents, et dont le déplacement occasionnait non-seulement l'impossibilité de la mastication, mais encore une difficulté assez prononcée dans l'exercice de la parole et dans les mouvements de la langue. La région était, au reste, fort douloureuse, soit à cause de la contusion des parties molles, soit peut-être à cause de la déchirure du nerf dentaire inférieur, qu'une pareille fracture devait avoir nécessairement compromis.

La réduction était difficile et douloureuse ; on parvenait néanmoins, en saisissant le fragment moyen par ses bords supérieur et inférieur, à le ramener en avant et à le faire affleurer au niveau des autres fragments. Nous eûmes d'abord l'idée de recourir à la ligature des dents, mais les incisives antérieures ébranlées n'auraient fourni qu'un support infidèle ; la seule dent molaire attenant à la branche gauche de la mâchoire était peu saillante, et n'aurait fourni aussi qu'un point d'appui insuffisant et d'ailleurs difficile à atteindre ; en outre, quand nous retenions avec les doigts le rebord alvéolo-dentaire du fragment moyen en rapport avec les dents voisines des autres fragments, les muscles dont le point d'insertion est à la concavité et près de la base de l'os attiraient sa partie inférieure en arrière, et inclinaient ainsi le fragment de manière à éluder les effets de la réduction. Il nous parut, en conséquence, que l'emploi de la fronde à chefs élastiques ne le céderait à aucun autre des moyens recommandés, et nous nous hâtâmes d'en faire usage.

Nous ajoutâmes au godet de la fronde un coussinet pour relever le fragment moyen et pour le porter un peu en avant, et nous eûmes soin de serrer à un plus haut degré le chef vertical que le chef horizontal. L'ensemble de l'appareil reçut une direction un peu oblique, pour que son action fût plus concentrée du côté gauche que du côté droit. Enfin, une compresse pliée en plusieurs doubles fut placée sur la branche gauche de la mâchoire, pour diminuer son renversement en dehors.

L'appareil fut très-bien supporté, et nous pûmes accorder quelques aliments mous au malade, dont l'état devint bientôt tolérable par la cessation de la douleur et la faculté d'abaisser la mâchoire. Aucun pansement n'étant nécessaire, l'appareil resta fixé au degré de constriction que nous avions jugé convenable et que l'élasticité des chefs empêchait d'être incommode. Appelé auprès de sa famille, le malade dut retourner à Ganges avant la fin du mois. Déjà le travail de consolidation était avancé, et il s'est complété depuis, en ne laissant qu'une légère difformité sans influence sur les fonctions qui ont pour condition la forme ou les mouvements de l'os.

L'intérêt de l'observation que nous venons de rapporter ne se concentre pas exclusivement sur l'efficacité de l'appareil mis en usage. On y trouverait matière à réflexions utiles sur la cause, le mécanisme, le siége, la direction et le degré de complication de la fracture, aussi bien que sur les indications thérapeutiques suggérées par ces diverses circonstances. Nous nous bornerons, toutefois, à faire quelques remarques sur le siége de la fracture, sur le sens du déplacement et sur les moyens d'y remédier.

Une première inspection de cette fracture indiquait la division de l'os sur la ligne médiane, exactement au niveau de la symphyse du menton. C'est un fait de plus à enregistrer, pour servir à la réfutation d'une opinion d'après laquelle on excluait la possibilité de ce genre de fractures. Cette assertion, à laquelle on regrette de voir attaché le nom d'un chirurgien ordinairement aussi exact que Boyer, est aujourd'hui démentie par des observations déjà nombreuses. Les plus connues, parmi celles qui tendent à établir que les fractures

du corps de l'os peuvent siéger sur la ligne médiane, sont dues à MM. A. et P. Bérard, Cloquet, Lisfranc, Rouyer, Malgaigne, etc. Il nous a paru utile de faire remarquer ce nouveau cas, qui vient grossir une série déjà démonstrative, et nous appellerons l'attention du lecteur sur un cas du même genre, où nous avons vérifié par l'autopsie une fracture symphysienne du maxillaire inférieur. Nous avons constaté cette lésion sur le cadavre d'un individu qui s'était suicidé par la décharge d'un pistolet dans la bouche. Le canon de l'arme étant dirigé vers la voûte palatine, les os maxillaires supérieurs étaient réduits en esquilles, et les parties molles de la face étaient dilacérées. Quant au maxillaire inférieur, il n'avait subi qu'un choc indirect provenant de la force élastique des gaz de la poudre, tendant à écarter les branches de l'os. Les deux moitiés de celui-ci s'étaient si exactement désunies sur la ligne médiane, que non-seulement chaque moitié supportait les deux incisives correspondantes, comme dans le cas de M. Rouyer, mais qu'on reconnaissait sur chaque fragment les apophyses géni groupées par paires superposées sur les côtés de la symphyse. Le sujet paraissait âgé de vingt-deux à vingt-quatre ans. La réunion naturelle des deux moitiés primordiales de la mâchoire avait-elle subi chez lui un retard exceptionnel, et par cela même favorisé ce genre de séparation ? La surface des fragments ne portant aucune trace du cartilage symphysien, rien n'indiquait qu'une telle disposition eût influé sur une fracture aussi rigoureusement établie sur la ligne médiane de l'os.

La fracture étant double et ayant donné lieu par conséquent à la formation d'un fragment isolé, ce fragment, dépourvu de soutien articulaire, comme ceux qui restent adhérents à l'articulation temporo-maxillaire, devait obéir sans résistance à l'action des muscles. Aussi avait-il subi un déplacement considérable chez notre malade, et de là les difficultés du traitement, difficultés d'autant plus réelles qu'un pareil fragment est ordinairement court, et offre peu de prise aux actions incomplètes qu'on peut exercer sur l'os maxillaire. Ici, tout se réunissait pour rendre ce déplacement considérable : la cause de la fracture était directe comme dans la plupart des fractures multiples ; et comme elle avait agi de l'extérieur à l'intérieur, elle avait enfoncé le fragment et devancé pour ainsi dire l'action musculaire. Cette action, représentée par la contraction des muscles digastriques, génio-hyoïdien, génio-glosse et mylo-hyoïdien dont l'attache était exactement conservée, retenait le fragment en bas et en arrière. Il en résultait un isolement d'autant plus grand, par rapport aux fragments latéraux, que ceux-ci, et le gauche surtout, étaient ra-

menés vers la mâchoire supérieure par l'action des élévateurs, en même temps que la contraction du masséter déterminait un écartement en dehors. Si, par des essais réducteurs qui n'opéraient qu'au prix d'une vive douleur et d'un effort assez considérable, on ramenait le fragment déplacé au contact des fragments latéraux, ceux-ci ne fournissant aucun support, la difformité reparaissait aussitôt. On aura remarqué effectivement que la fracture s'était effectuée selon une double obliquité également défavorable à l'appui du fragment moyen sur les fragments latéraux. L'obliquité selon la hauteur de l'os laissait le fragment gauche au-dessus du moyen ; l'obliquité selon l'épaisseur laissait le même fragment gauche en avant du moyen, en sorte que celui-ci ne trouvait en dehors aucun point d'appui susceptible d'amoindrir la contraction musculaire, et ce n'est que sur la ligne médiane que la fracture verticale, à peine dentelée, permettait un engrenage léger, mais évidemment insuffisant pour représenter une résistance efficace.

C'était donc un cas essentiellement défavorable à l'action des appareils connus, et nous pouvions nous attendre à voir la fronde élastique insuffisante comme les autres. Toutefois, ce ne fut que pendant la période douloureuse que le fragment moyen ne put être convenablement maintenu dans la position désirée. Après la cessation de ce symptôme, à laquelle la fronde élastique contribua, le fragment déplacé se laissa plus aisément ramener en avant. Le coussinet sous-mentonnier, l'inclinaison de l'appareil, la constriction plus forte du côté gauche, l'application de compresses pyramidales sur les branches maxillaires, donnèrent à ce bandage une efficacité presque inattendue, et le malade put bénéficier de la faculté d'abaisser légèrement la mâchoire sans rien déranger, ce qui n'aurait pas eu lieu si nous avions employé le chevestre ou la fronde ordinaire.

La légèreté de l'appareil, sa souplesse, sa rapide application, la possibilité d'imprimer quelques mouvements à la mâchoire sans le relâcher, ne sont pas les seuls avantages que nous lui avons reconnus. Le cas que nous venons de citer prouve qu'on peut modifier son action pour l'adapter à des indications spéciales. La possibilité de placer un coussinet mobile ou adhérent au côté concave de la fronde, et de façonner pour ainsi dire le fond du godet selon la partie où l'on veut concentrer une compression spéciale, permet de remplir des indications diverses. Il serait facile, par exemple, de transporter la pression limitée jusque sur les branches de la mâchoire ou sur le bord postérieur de celles-ci, soit en inclinant les

chefs verticaux par l'avancement ou le reculement de la boucle d'attache, soit par l'adjonction d'une pelote allongée et élastique à ce même chef vertical, et d'intervenir ainsi utilement dans les fractures, d'ailleurs si rares, du col du condyle.

Nous ferons remarquer, enfin, que nul appareil, parmi ceux qui prennent un point d'appui sur la tête, ne se prête mieux par sa simplicité et par sa disposition générale, notamment par la découpure en lanières de la calotte, et par l'isolement de chaque chef de la fronde, aux pansements locaux que peuvent exiger les complications éventuelles. Dans un cas où une plaie de la joue réclamait un pansement quotidien, il suffisait de détacher, au moment du changement des pièces, un des chefs de la fronde et de panser la plaie sans déranger l'appareil tout entier, comme cela est nécessaire quand on emploie les bandages connus. S'il existait une lésion du crâne ou du cuir chevelu exigeant des pansements réguliers, le même avantage se retrouverait. Il serait facile, au reste, en changeant la direction du réseau d'appui sur la tête, d'éviter des compressions sur les points douloureux contusionnés ou suppurants, et de faire marcher de front le traitement d'une fracture de la mâchoire et celui des lésions de la région crânienne, complications qui se présentent assez fréquemment, et dont on trouvera la coexistence dans le fait suivant, recueilli à la clinique chirurgicale de Montpellier.

Obs. III. *Plaie de tête suivie de phlegmon diffus; fracture du maxillaire inférieur. — Emploi efficace de la fronde élastique.* — Arnaud (Louis), âgé de trente-deux ans, travaillait, en qualité de charpentier, au quatrième étage d'une maison de Montpellier. Tout à coup l'échafaudage sur lequel il était s'écroula, et il tomba sans connaissance sur les marches d'un escalier. Transporté à l'hôpital le 24 décembre 1853, immédiatement après l'accident, il y reçut les secours que son état exigeait, et ne tarda pas à sortir de la stupeur occasionnée par sa chute. On put alors examiner en détail les différentes lésions qu'il présentait, et l'on s'assura qu'il y avait intégrité de la boîte crânienne et des os des membres, mais que la mâchoire inférieure était fracturée au point d'union du corps de l'os avec la branche droite, et que la joue correspondante était fortement contusionnée, enfin, qu'une lésion assez grave des parties molles existait au sommet de la tête. Cette lésion consistait en une plaie étendue de la région frontale à l'occiput, avec décollement de la peau, représentant un vaste lambeau retombant du côté gauche. Cette plaie avait occasionné une hémorrhagie assez abondante et une infiltration sanguine, révélée dès le lendemain de l'accident par l'ecchymose des paupières et l'empâtement de la base du front et de la tempe. L'interne de service, après avoir rasé le cuir chevelu, avait soutenu le lambeau tégumentaire par des points de suture, mais l'extrême contusion de la plaie nous donnait peu d'espérance pour la réunion immédiate. En effet, un phlegmon diffus de la région crânienne ne tarda pas à se manifester et exigea plusieurs contre-ouvertures, qui soulagèrent beaucoup le malade.

Huit jours s'étaient écoulés depuis l'accident ; la prédominance des complications inflammatoires dans la région épicrânienne, et la tolérance locale du côté fracturé du maxillaire avaient porté principalement notre attention sur la première lésion. Nous nous étions contenté, eu égard à la plaie contuse de la joue et à la fracture, de faire des applications froides sur cette partie et de la soutenir à l'aide des chefs du bandage de Galien, dont le plein servait à maintenir des topiques sur le sommet de la tête.

A dater du moment où la cessation des symptômes inflammatoires de la région épicrânienne et la cicatrisation du bord supérieur du lambeau permirent de prendre un point d'appui crânien, j'appliquai la fronde à chefs élastiques. La calotte découpée en lanières, n'exerçant sur le sommet de la tête qu'une compression faible et limitée, fut parfaitement tolérée. Les larges mailles du réseau qu'elle représente permirent facilement l'introduction de la charpie cératée et des compresses nécessaires au pansement, et celui-ci s'exécuta sans le moindre dérangement de l'appareil et sans souillures provenant du pus, qui continua longtemps encore à s'écouler par les contre-ouvertures. Quant aux fragments de la fracture, ils manifestaient peu de tendance à l'écartement ; une légère pression exercée par les chefs vertical et horizontal de la fronde du côté droit, pression rendue plus active par l'interposition d'une compresse repliée entre la région du massèter et la partie correspondante de la fronde, fut suffisante pour assujettir les fragments dans un contact régulier. Le cal s'établit sans accident et sans difformité, et, pendant toute la durée de l'application de l'appareil, le malade put parler et abaisser la mâchoire pour introduire des aliments. L'appareil, cédant à l'extension et obéissant au retrait de ses lanières élastiques, se prêtait facilement et sans rien perdre de son efficacité aux mouvements rendus nécessaires par les fonctions de l'os maxillaire.

Arnaud sortit de l'hôpital le 27 janvier, c'est-à-dire trente-trois jours après l'accident, et il put, sans inconvénient, reprendre des occupations rendues urgentes par la position malheureuse de sa famille ; le cal était déjà solide.

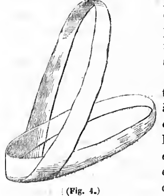
Nous ne multiplierons pas les exemples particuliers destinés à mettre en évidence les ressources de notre appareil. La possibilité de modifier l'action inhérente à son mécanisme permet de juger d'avance les services qu'il serait apte à rendre dans telle ou telle circonstance exceptionnelle. Quelques changements dans l'inclinaison des objets, ou dans les pressions limitées qu'on peut exercer à leur aide, le rendraient utile dans les fractures du col du condyle ou de l'angle maxillaire. Il ne rendrait pas de moindres services dans les fractures comminutives provenant de coups de feu ou de toute autre lésion directe, puisque la facilité de détacher isolément les pièces qui le constituent rend accessibles, sans dérangement pour le reste, les parties sur lesquelles doivent être portés les instruments du chirurgien ou les pièces de pansement.

La différence fondamentale qui existe entre la fronde à chefs élastiques et la fronde ou le chevestre ordinaire consiste moins cependant dans la facilité et la rapidité de son application et de son ablation, dans sa légèreté et sa réduction à la moindre surface possible,

ce qui épargne au malade la gêne et la chaleur locale des appareils qui enveloppent toute la tête, que dans son mode d'action, nous dirions presque même dans son mécanisme physiologique. En raison de l'élasticité des chefs, cet appareil tend effectivement à imiter le mécanisme de l'action mnsculaire et substitue une force modifiable à volonté, à la force permanente des appareils fixes, laquelle est incompatible avec l'exercice des fonctions importantes de nutrition ou de relation auxquelles concourt l'os maxillaire. La fronde à chefs élastiques, en ramenant la mâchoire inférieure contre la supérieure, en exerçant, suivant les cas, des pressions limitées, reproduit pour ainsi dire l'action musculaire en la régularisant ; elle se substitue spécialement à l'action des muscles élévateurs qu'elle soulage, et dont elle modère la contraction, en empêchant la douleur. Cette action est calculée de manière à vaincre simplement la résistance tonique des muscles abaisseurs, mais ceux-ci peuvent, par un accroissement momentané de contraction, abaisser l'os, permettre le rapide exercice d'une fonction, et restituer à la mâchoire son état primitif, sous l'influence de l'élasticité des pièces, sans que l'application régulière et la solidité de la fronde en aient éprouvé aucun déchet.

Le principe de cette action étant posé, la matière qui constitue l'appareil peut varier. Le mécanisme spécial des pièces élastiques est susceptible de changements subordonnés, non-seulement à la volonté du chirurgien, mais au perfectionnement des procédés applicables aux substances douées d'élasticité. A l'époque où nous avons proposé notre fronde, le caoutchouc vulcanisé n'était pas entré dans l'art chirurgical, et nous nous étions contenté de bandes élastiques, rendues telles, soit par des ressorts à boudin, soit par l'adjonction de fils en caoutchouc ordinaire à du coutil souple et plissé. Aujourd'hui, le facile maniement du caoutchouc vulcanisé simplifierait à plusieurs égards la construction de la fronde élastique, et constituerait une nouvelle application de cette précieuse matière dont s'est enrichie la déligation chirurgicale. Il serait même possible de constituer d'une seule pièce et la fronde mentonnière et la calotte qui sert de point d'appui sur la région crânienne, ou même de supprimer cette calotte, sauf à disposer les chefs de la fronde de manière à leur faire prendre directement un point d'appui sur le sommet de la tête et dans la région occipitale. Tout en acceptant cette simplification, qui réduirait l'appareil (fig. 4) à un godet et un double anneau élastique, l'un vertical, l'autre horizontal, nous pensons que cette dernière fronde perdrait en utilité

ce qu'elle gagnerait en simplicité. On ne saurait, en effet, modifier l'action isolée des chefs représentée par les anneaux élastiques, et par conséquent adapter l'appareil à quelques indications spéciales qui peuvent se rencontrer dans les fractures de l'os maxillaire, et que nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer.


(Fig. 4.)

La fronde à chefs élastiques a-t-elle le privilége exclusif de donner à l'os maxillaire fracturé la liberté de quelques mouvements conciliables avec la coaptation permanente des fragments? Nous avons voulu établir seulement qu'elle présentait des avantages sur les appareils connus, soit que ces appareils, prenant un point d'appui sur la tête, eussent pour but d'immobiliser la mâchoire entière, comme la fronde et le chevestre; soit qu'ils prissent le point d'appui sur les fragments eux-mêmes en respectant la liberté de l'articulation temporo-maxillaire, comme les appareils modernes de Rudenich et de ses imitateurs. Là se bornent les avantages que nous avons attribués à notre fronde. Nous ne reviendrons pas sur les motifs de la préférence qui nous paraît devoir lui être accordée; mais, dans notre pensée, cette préférence n'exclut pas de nouveaux efforts pour atteindre d'une manière complète la solution du problème spécial que présentent les fractures du maxillaire inférieur, et qui peut se résumer ainsi : assujettir solidement les fragments et permettre la mobilité générale de l'os.

Cette idée, comme beaucoup d'autres auxquelles on ne refuse point la qualité de progressives, a ses origines dans les écrits du père de la médecine. Hippocrate, en conseillant la ligature des dents, indiquait le point essentiel du problème, et M. Baudens, en proposant la ligature des fragments eux-mêmes avec un fil enroulé autour de l'os, s'était inspiré de l'idée ancienne. Ne serait-il pas plus simple de substituer à la ligature des fragments leur suture directe, au moyen d'une aiguille introduite d'un fragment à l'autre à l'aide d'un foret, écrouée à ses deux extrémités, et maintenue en place pendant un temps suffisant, comme une aiguille pour la suture entortillée des parties molles? L'art n'a pas assurément dit son dernier mot pour la suture des os. L'os maxillaire, en raison de la proéminence et de la courbure de sa partie mentonnière, en raison surtout de sa posi-

tion superficielle et du peu d'épaisseur de la couche musculo-cutanée qui revêt sa face externe, se prêterait plus que tout autre à ce mode de synthèse chirurgicale. Ce sujet mériterait plus de développement que nous ne pouvons lui en donner dans ce mémoire, et nous ne consignons ici ces courtes réflexions que pour établir qu'il y a dans cette question des points qu'il serait intéressant de revoir, et pour exprimer que le complément du progrès de la réunion immédiate consisterait à appliquer aux divisions des os des moyens comparables à ceux qui assurent son succès dans les divisions des parties molles.

En résumant les considérations que nous avons émises au sujet de la fronde à chefs élastiques, nous formulerons les propositions suivantes :

La fronde à chefs élastiques permet un certain degré de mobilité de l'os, sans compromettre la solidité des fragments. Elle convient surtout aux fractures simples, mais elle est suffisante dans les fractures compliquées, où elle peut rendre des services spéciaux.

L'élasticité de la fronde peut être obtenue par l'adaptation de ressorts à boudin ou de lanières en tissu élastique à ses chefs; mais on peut donner cette propriété à l'appareil tout entier, en le confectionnant en bandes de caoutchouc vulcanisé. Sous cette dernière forme, il est d'une extrême simplicité; mais sous la première il répond à des indications plus variées.

On peut, en effet, exercer une action contentive différente, suivant le sens où elle paraît le mieux convenir. Il est loisible au chirurgien de serrer à volonté les chefs à direction horizontale ou ceux qui ont une direction verticale, de faire ainsi prédominer la contention dans l'un ou l'autre sens. Cet avantage rend l'appareil applicable aux fractures du col du condyle aussi bien qu'aux fractures du corps de l'os. Dans le premier genre de fractures où il s'agit de porter le corps de l'os en avant, on peut relâcher les chefs à direction horizontale, porter le chef à direction verticale un peu en arrière du côté qui correspond à la fracture, afin qu'il agisse sur le bord postérieur de la branche maxillaire, et placer sur ce point une compresse épaisse qui augmente l'action de l'appareil.

Dans le cas où la fracture du corps de la mâchoire est double, et où la solution de continuité dirigée en bas et en arrière expose le fragment moyen à être porté dans le même sens, il est facile de s'opposer au déplacement, en ajoutant à la moitié inférieure du godet de la fronde une pelote mollette qui s'engage dans la concavité du fragment, et qui le repousse en avant et en haut lorsqu'on

relève les chefs verticaux de la fronde. S'il s'agit de fractures simples, avec entraînement des fragments en sens divers, la possibilité de changer la position des boucles attachées à la pièce crânienne de l'appareil permet de modifier la direction des chefs de la fronde et conséquemment d'agir suivant des lignes différemment inclinées, conformément aux indications particulières du traitement de ces fractures.

Cet appareil est utile pour maintenir divers topiques ou matériaux de pansements, à la suite des opérations pratiquées dans le voisinage ou dans la région même du menton, et n'est exposé en aucune manière à se déranger pendant les mouvements de la mâchoire.

Enfin, il peut convenir pour maintenir l'os maxillaire après la réduction d'une luxation, et pour modérer les mouvements de ces os qui seraient capables de reproduire le déplacement.

Dans tous les cas, il est léger, peu gênant pour le malade; sa réduction en lanière limite l'étendue des surfaces qu'il recouvre; il n'échauffe point la région de la tête; il permet une observation facile des parties affectées; son application se fait promptement, son ablation est sans embarras; on peut détacher isolément tel ou tel chef de la fronde, le replacer, le serrer et le relâcher à volonté, sans déranger le reste de l'appareil.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'emploi des alcalis comme moyen d'obtenir les principes extractifs.

Par M. Dannecy, pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.

Si la pharmacologie rend chaque jour des services signalés à la thérapeutique, elle peut, à son tour, recevoir de celle-ci des renseignements précieux; les sciences sont toutes solidaires les unes des autres. En voici un nouvel exemple. Les départements des Landes et de la Gironde sont, on le sait, la patrie des fièvres paludéennes; or, dans le traitement des fièvres contractées dans ces contrées, tandis que le sulfate de quinine échoue avec une si désespérante persistance, on voit au contraire réussir une foule de recettes dites empiriques, et dans lesquelles le quinquina est constamment uni au carbonate de potasse. Ce résultat clinique m'a porté à rechercher quelle pouvait être l'action de ce carbonate, qui entre invariablement dans ces nombreux électuaires fébrifuges, et j'ai été

conduit par cette étude à acquérir la conviction que les alcalis (potasse ou soude) étaient les adjuvants les plus puissants pour obtenir tous les principes extractifs renfermés dans les végétaux, soit qu'ils se trouvent dans les racines, la tige, l'écorce ou les fruits. Aussi je n'hésite pas à proposer l'addition des alcalis à l'eau comme le meilleur moyen d'obtenir de bonnes préparations.

Les écorces de quinquina, traitées par ce procédé, m'ont donné des résultats inespérés et, chose bien singulière et digne de fixer l'attention des praticiens, car ils pourront en tirer parti, c'est le peu de sapidité de ces extraits, comparés à la saveur de ceux préparés sous l'influence des acides. Je ne doute pas qu'avant peu les extraits alcalins de quinquina ne deviennent les fébrifuges les plus puissants et les plus employés, surtout dans les pays où les fièvres sont endémiques. Leur peu de saveur leur vaudra la préférence, surtout dans la médecine des enfants.

L'addition d'un alcali pour épuiser les végétaux présente, pour ceux qui renferment des principes astringents au nombre de leurs éléments, un autre avantage d'une grande importance ; elle prévient, pendant l'évaporation des liquides, la formation de ce corps appelé *apothème*, et considéré par les pharmacologistes comme le résultat de l'oxydation du principe extractif. La préparation de l'extrait de ratanhia, qui offre ce phénomène à un si haut degré, en est complétement à l'abri par l'addition d'une faible proportion d'alcali à l'eau qui sert à le préparer, et l'évaporation à l'air libre ne fournit pas la plus légère quantité de ce principe insoluble qui, dans la préparation de l'extrait par la méthode ordinaire, diminue si notablement la proportion et les qualités de l'extrait soluble froid.

Mais à ces deux exemples ne se bornent pas la nouveauté et les particularités du procédé que je viens proposer. La noix vomique, qui fournit un extrait aqueux très-employé en Allemagne comme excipient dans la médication tonique, car il ne renferme pas une quantité appréciable de strychnine, la noix vomique, dis-je, est complétement et absolument épurée par l'eau légèrement alcaline, et fournit un extrait très-abondant et renfermant alors toute la strychnine contenue dans la noix vomique.

De plus, quelques expériences m'autorisent à penser que ce procédé est appelé à fournir un moyen prompt, et surtout économique, pour obtenir non-seulement la strychnine, la quinine, mais encore d'autres principes immédiats non encore isolés. Ainsi, j'espère pouvoir présenter le principe amer de l'*esculus hypocastanum*, de

la racine du grenadier, des feuilles du lilas. Je m'empresse donc de livrer à mes confrères cette voie nouvelle et féconde en faits dignes du plus grand intérêt.

Les expériences pharmaceutiques précèdent toujours et provoquent les essais thérapeutiques. J'ai déjà préparé les extraits alcalins de quinquina et d'écorce de racine de grenadier destinés aux expérimentations cliniques, et déjà des succès assez nombreux me font penser que j'aurai peut-être ajouté quelque chose d'utile aux préparations déjà si nombreuses de ces deux médicaments.

Liqueur conservatrice pour les préparations microcospiques.

L'importance prise par les études microscopiques nous engage à enregistrer la formule suivante, publiée par M. Pacini. Cette liqueur est très-bonne, dit l'auteur, pour conserver les globules sanguins, les nerfs, les ganglions, la rétine, et tous les tissus mous, qui s'y durcissent en conservant leur forme et leur aspect,

Pr. Perchlorure de mercure................	1 partie.
Chlorure iodique........................	2 parties.
Glycérine (à 25° Baumé)................	13 parties.
Eau distillée..............................	113 parties.

On laisse le mélange reposer pendant deux mois, puis on étend une partie de ce liquide dans trois parties d'eau distillée, et on filtre.

Sirop de bicarbonate de soude. — Observation de pharmacie pratique.

Ayant eu l'occasion de préparer du sirop de bicarbonate de soude, nous avons noté que, lorsqu'on verse la solution alcaline dans le sirop simple des officines, le mélange prend à l'instant même une teinte opaline. Cet aspect de la préparation peut laisser supposer qu'il y a eu erreur ou négligence de la part du pharmacien qui l'a fournie; cependant, il n'en est rien : le trouble qui se produit est le résultat d'une réaction chimique du bicarbonate de soude sur la chaux contenue dans l'eau qui a servi à faire le sirop, et un peu aussi à la chaux que retient le sucre par suite du travail qu'il a subi pour être transformé de cassonade en sucre épuré.

On obvie à l'inconvénient qui résulte de ce *modus faciendi*, en opérant de la manière suivante :

Bicarbonate de soude..........................	1 gramme.
Eau distillée....................................	50 grammes.

Dissolvez, filtrez au papier, et ajoutez :

Sucre très-blanc.................................. 100 grammes.

On triture le mélange à froid dans un mortier de marbre, jusqu'à ce que le sucre soit entièrement fondu, on passe à travers une étamine, ou on filtre au papier, s'il en est besoin.

Le médecin peut, selon l'indication, élever ou diminuer la dose du bicarbonate de soude, de même qu'il peut aromatiser le sirop avec un alcoolat d'oranges ou de citron; ou bien on remplace l'eau distillée simple par une eau distillée aromatique, celle d'eau de fleurs d'oranger, par exemple.

Le sirop de bicarbonate de soude est incolore, limpide. Un honorable praticien, le docteur Bazin, le prescrit souvent dans certaines affections de la peau. STAN. MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De quelques espèces de rhumatismes peu connues, quoique fort communes, et de leur guérison instantanée par la faradisation.

Aujourd'hui que le médecin est à peu près maître d'enlever à son gré toutes les hypéresthésies des muscles, et qu'il est bien constaté que les rhumatismes de ces organes, à moins qu'ils ne soient très-aigus, et qu'ils ne s'accompagnent de phénomènes inflammatoires très-prononcés, peuvent disparaître en un instant sous l'influence de l'életrisation localisée; aujourd'hui qu'il est également bien constaté que la douleur rhumatismale, quel que soit son degré d'ancienneté, peut être enlevée complétement en quelques minutes, il ne sera pas sans intérêt de revenir sur quelques espèces de rhumatismes, qu'à raison de leur ancienneté, et en quelque sorte de leur droit de domicile, on est dans l'usage d'abandonner à elles-mêmes, ou de ne combattre que par des moyens insignifiants.

Parmi ces espèces de rhumatismes, il en est deux sur lesquelles je me propose d'attirer l'attention des praticiens.

La première est une variété de la migraine qui a été présentée quelquefois sous le nom d'irisalgie. Il est des personnes, qui sont sujettes à ce qu'elles appellent des migraines, ou qui sont fréquemment atteintes de douleurs vagues dans les muscles; quand ces personnes, habituées à une vie tranquille, sortent pour aller au grand air et s'exposer aux rayons du soleil, la vive lumière blesse leurs yeux, et pour se défendre contre cet éclat trop vif, elles froncent le

sourcil, rapprochent les paupières, plissent la peau du front et mettent en conctraction l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et la portion antérieure de l'occipito-frontal; au bout de quelques instants de cette contraction permanente, un peu de malaise, puis bientôt de la douleur apparaissent dans ces muscles; cette douleur augmente, et devient très-forte au-dessus de l'œil et au front, et se change bientôt en une migraine, qui s'étend soit aux deux côtés de la tête, soit, le plus souvent, au côté où l'œil est le plus sensible, et alors, si l'on presse avec le bout du doigt les divers muscles dont il vient d'être question, on y provoque une douleur assez vive; ce genre de migraine peut, comme tout autre, être assez douloureux pour amener des vomissements et pour forcer à garder le lit. Tout cet appareil de douleurs peut être enlevé à l'instant même; il suffit pour cela de faradiser les muscles douloureux à la pression. A cet effet on se sert de l'appareil Morin et Legendre, et, terminant les deux fils de l'appareil par des éponges, on fait passer les courants au travers des muscles, pendant quatre ou cinq minutes. Cette opération, qui est à peine douloureuse, suffit chez des sujets très-impressionnables ou chez qui la migraine n'est pas forte. Quand, au contraire, la douleur est très-vive, il faut faradiser la peau, pendant deux minutes au plus, à l'aide d'une éponge d'un côté, et du pinceau métallique de l'autre côté.

En agissant ainsi, on est certain d'enlever immédiatement la migraine; mais ce n'est pas tout, il faut prévenir la récidive; or, on arrive à ce résultat, en recommandant à la personne de porter, au moment où elle sort, des lunettes à verres bleus, verts, ou de couleur de fumée, afin de modérer l'éclat de la lumière; il faut aussi que cette personne prenne bien garde de ne pas contracter les muscles qui entourent l'orbite; au bout d'une demi-heure de sortie, on peut retirer les lunettes, l'œil est habitué à la lumière et la migraine est évitée.

Cette espèce de rhumatisme est très-commune; bon nombre de dames ne peuvent sortir dans la ville pour aller faire des visites, ou se promener à la campagne, sans avoir la migraine au bout de quelques heures; en pareil cas, le médecin pourra, quand elles le voudront, faire disparaître la douleur et leur rendre la liberté pour la journée; de plus, avec un bon conseil, il pourra les mettre à l'abri d'une souffrance qui, par sa fréquente répétition, devient un véritable fléau.

La seconde espèce de rhumatisme musculaire dont je veux parler intéresse aussi la tête; elle est fort commune, et elle est quelquefois considérée aussi comme une migraine.

Beaucoup de personnes lymphatiques, à peau blanche ou peu animée, sujettes aux douleurs rhumatismales, contractant fréquemment des coryzas, s'enrhumant assez facilement, très-sensibles au froid, ont, le matin en se levant, la tête lourde; une douleur sourde gêne les mouvements de leur cou; il leur semble qu'une calotte de plomb leur couvre la tête; si l'on presse le cou, les environs des oreilles, les tempes ou le front, on fait naître une certaine douleur dans l'endroit pressé. — Ces malaises attristent, donnent de la mauvaise humeur, rendent incapables de mouvements, occasionnent de la répugnance pour toute espèce de travail et préoccupent beaucoup les personnes qui en sont atteintes, parce qu'elles ne savent jamais si leur malaise se dissipera dans la journée, ou si, au contraire, elles sont destinées à souffrir longtemps. En effet, assez souvent les lavages à l'eau fraîche et les soins que nécessite la toilette du matin enlèvent assez bien, quoique lentement, cet état de souffrance; mais souvent aussi, cet état pénible dure toute la journée; il est même des sujets chez lesquels il est continuel, et pour lesquels la vie devient insupportable. — J'ai vu des dames devenir tristes, moroses, et en quelque sorte hypocondriaques, sous l'influence de cette souffrance continue.

Rien n'est plus facile à faire cesser que cet état, qui dépend d'un simple rhumatisme des muscles du cou; car les douleurs de la tête n'en sont qu'une extension; il suffit de faradiser les muscles du cou, soit en faisant, à l'aide des éponges, passer le courant à travers les muscles, si la douleur n'est pas trop forte, soit en agissant sur la peau à l'aide du pinceau métallique, si le rhumatisme est intense ou s'il est tenace.

Comme cette espèce de rhumatisme cède assez facilement, ainsi que la première, il vaut mieux commencer par faradiser les muscles, opération qui est à peine douloureuse, et, si on ne réussit pas, on arrive à faradiser la peau. Dans tous les cas, il ne faut jamais cesser l'électrisation que quand le patient ne sent plus ses douleurs. Mais il ne suffit pas d'enlever la souffrance, il faut encore en prévenir le retour.— La chose est d'autant plus importante, que ce rhumatisme reparaît tous les matins, et qu'on le retrouve en s'éveillant. La prophylactique de cette sorte d'infirmité est fort simple. Tous les rhumatisants qui ont des douleurs aux lombes savent que quand ils restent baissés quelque temps, le tronc à demi fléchi, ils éprouvent en se redressant une douleur assez vive, qui dure en proportion du temps qu'a duré la flexion du corps. — Dans cette circonstance, les muscles des lombes, tiraillés par l'extension forcée de

leurs fibres, sont le siége de cette douleur. La même chose arrive aux muscles du cou, quand, pendant le sommeil de toute une nuit, les muscles de la partie postérieure de cette région sont tendus par le fait de la flexion de la tête sur le menton, position que donnent forcément les oreillers sur lesquels on se place. Ces muscles ainsi tiraillés deviennent douloureux, et, le matin en s'éveillant, on se sent le cou tout endolori, surtout à l'endroit des attaches musculaires, derrière les oreilles et aux lignes courbes de l'occipital. — Pour parer à cela, une simple précaution suffit; il faut, en se mettant au lit, se placer une sorte de traversin sous le col, ou s'arranger pour que l'oreiller, ne dépassant pas le haut du col, emboîte bien cette partie et laisse la tête libre de se développer en arrière; de cette manière, les muscles splénius, complexus, trapèze, ne sont plus tendus, et le matin la tête est libre et complétement exempte de ce gravido si pénible.

Quand même ces deux affections dont je viens de parler seraient anciennes, cela n'entraverait en rien la guérison; il est remarquable de voir jusqu'à quel point on peut faire disparaître des douleurs très-anciennes. J'ai vu, entre autres, une douleur rhumatismale qui siégeait dans les muscles de la poitrine et qui durait depuis douze ans, être enlevée complétement et sans retour, par une seule faradisation; j'en ai vu d'autres, qui avaient opiniâtrément résisté pendant longtemps à toutes sortes de médications, être radicalement enlevées en une seule séance. Enfin, je puis assurer, d'après une expérience de plus d'une année, faite sur des centaines de personnes, que tout ce qui s'appelle douleur rhumatismale des muscles peut, dans la très-grande majorité des cas, être enlevé par la galvanisation, et que ce qui paraîtra le plus extraordinaire, c'est que ce sont les rhumatismes les plus anciens, les plus fixes et les plus tenaces, qui sont habituellement les mieux et les plus radicalement enlevés.

M. Duchenne, en établissant l'électrisation localisée, a fourni aux médecins une arme à l'aide de laquelle ils pourront se rendre utiles dans nombre de cas où on ne les appelait plus, et procurer à leurs malades une guérison instantanée, chose peu commune dans la pratique de la médecine.

Dr Briquet,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

BIBLIOGRAPHIE.

Des principales eaux minérales de l'Europe (Allemagne et Hongrie), par Armand Rottureau, docteur en médecine, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Nous voyons avec plaisir le goût de l'étude des eaux minérales gagner du terrain et amener la publication de livres sérieux sur cette intéressante partie de la thérapeutique. Nous l'avons dit ailleurs : Que serait la médecine, dans un assez grand nombre de maladies, et en particulier dans les maladies chroniques, sans les eaux minérales, sans ces puissants moyens de modification et de rénovation organiques ? Et néanmoins, combien peu de médecins, même parmi les plus instruits, pouvaient se vanter, il y a quelque temps, d'obéir à des notions bien précises sur les indications curatives, lorsqu'ils adressaient un malade plutôt à une station thermale qu'à une autre ! Où auraient-ils trouvé les éléments de leur décision ?

Le livre de M. Durand-Fardel a donc comblé une véritable lacune dans la littérature médicale, en fournissant aux médecins, à la fois, une étude générale des eaux minérales et l'exposition critique des applications spéciales dont la plupart d'entre elles sont susceptibles; mais précisément à cause de son caractère dogmatique, le livre de notre savant confrère laissait la place libre à d'autres publications destinées à faire pénétrer plus avant les médecins dans les détails de la médication thermale, et, d'un autre côté, M. Durand-Fardel ayant eu principalement en vue les eaux minérales de la France, il restait à faire ressortir parallèlement à nos richesses minérales les richesses minérales des autres pays.

Le livre de M. Rottureau est un de ces livres que la publication du savant traité de M. Durand-Fardel faisait pressentir. C'est un livre, fruit de longues et patientes recherches de détails, d'observations attentives et consciencieuses faites sur les lieux mêmes. C'est, du reste, la première partie d'un grand ouvrage qui comprendra l'étude des principales eaux minérales de la France, de l'Allemagne, de la Hongrie, de la Russie, de la Savoie, de la Sardaigne, du Piémont, de la Lombardo-Vénitie, de la Belgique, de l'Espagne et de l'Angleterre, autrement dit d'un vaste compendium des eaux minérales de l'Europe. Seulement, et nous sommes de son avis, M. Rottureau a pensé que la publication récente de M. Durand-Fardel rendait inutile, au moins pour le moment, cette partie de son travail qu'il avait consacrée aux eaux minérales de la France,

tandis qu'elle donnait, en quelque sorte, de l'opportunité à la publication de la partie de son ouvrage ayant pour objet les eaux de l'Allemagne et de la Hongrie. Ne l'oublions pas, en effet, de même que la France possède des établissements en quelque sorte inestimables et que tous les autres pays lui envient, l'Allemagne compte, elle aussi, des eaux minérales dont les années n'ont fait que rendre plus certaines et plus incontestées les remarquables propriétés thérapeutiques. Il ne s'agit pas, sans doute, de dépouiller au profit de l'étranger nos établissements thermaux ; mais quel est donc le médecin qui, dans un esprit étroit de nationalité, ne voudrait pas faire bénéficier les malades des ressources exceptionnelles que leur offrent quelques-uns de ces établissements ?...

Bien que le livre de M. Rottureau soit principalement un livre de détails, il contient dans la première partie quelques généralités dont la lecture a d'autant plus d'intérêt qu'elle ont trait aux eaux minérales de l'Allemagne et principalement à quelques points de l'histoire des eaux minérales qui ont été plus particulièrement étudiés au delà du Rhin. Ainsi le chapitre troisième est consacré à ce traitement à peine connu parmi nous et si répandu en Allemagne, qui consiste dans l'emploi des eaux mères des salins, traitement qu'il serait si facile d'employer en France, et dont nous avons, du reste, un commencement d'application soit à Salins, soit sur quelques points du littoral de l'Océan et de la Méditerranée. Un autre chapitre traite des eaux minérales transportées, des altérations qu'éprouvent un certain nombre d'entre elles, et, ce qui est mieux, fait connaître les principales eaux qui perdent le moins de leur utilité dans le transport.

Mais, nous le répétons, c'est par sa partie spéciale, par le nombre et la richesse des détails que se distingue le livre de M. Rottureau. Eaux minérales des duchés de Bade, du Wurtemberg, de la Hesse-Hombourg et de la Hesse électorale, de Waldeck-Pyrmont et du duché de Nassau, de la Prusse et de la Bavière, de la Bohême, des Alpes tyroliennes, de l'Autriche proprement dite et de la Hongrie, passent successivement sous vos yeux ; et, à la lecture de ces descriptions si complètes des lieux, de cette étude si soignée des propriétés physiologiques et thérapeutiques de chaque établissement thermal, il est impossible de ne pas reconnaître que l'auteur, non-seulement a visité les pays dont il parle, mais qu'il les a visités avec soin, avec réflexion, profitant des renseignements qu'on lui a communiqués, mais ne les acceptant cependant qu'avec réserve, se défendant de son mieux contre les exagérations de l'esprit de localité, et apportant même

dans cette défense une plus grande défiance que nous n'en aurions peut-être apporté nous-même, gardant toujours son indépendance et montrant, par sa critique toujours nette et logique, que le médecin veille à côté du touriste, pour empêcher ce dernier de s'égarer.

Pourquoi ne le dirions-nous pas? Nous avons lu le livre de M. Rottureau avec infiniment de plaisir; le style en est coulant et facile; l'auteur discute souvent, mais ne professe et surtout ne dogmatise jamais, et cependant la conviction pénètre tout doucement et sans aucun effort dans votre esprit. Après l'avoir lu, on croit avoir voyagé en Allemagne ou en Hongrie, on est certain qu'on reconnaîtrait les lieux qu'il a visités; après l'avoir lu, on reste convaincu qu'il n'y a pas d'exagération dans les louanges que certains établissements de l'Allemagne et de la Hongrie ont reçues de tant de médecins et de malades.

Faisons cependant quelques réserves relativement aux indications que l'auteur a recueillies sur les lieux mêmes, et ce reproche, il faut bien le dire, on peut l'appliquer également aux établissements minéraux de la France : la spécialisation des espèces et des genres n'est pas toujours suffisante pour que le médecin soit convenablement éclairé. Peut-être est-ce la faute du sujet lui-même; mais, quand il s'agit de donner à un malade d'une fortune médiocre le conseil de se transporter à 400, 500, 600 et même 800 kilomètres de sa patrie, il faut être bien sûr de ce qu'on fait, et nous ne trouvons pas que sur beaucoup de points la lumière ait été faite complétement. Nous aurions voulu aussi, mais peut-être est-ce trop demander, que dans un parallèle largement traité, M. Rottureau eût montré très-nettement et très-catégoriquement en quoi les eaux minérales de la France se rapprochent de celles de l'Allemagne et de la Hongrie, en quoi elles en diffèrent, et s'il est en Allemagne ou en Hongrie de ces eaux dont nous n'avons pas les analogues dans notre pays et qui constituent par cela même une spécialité à laquelle il faut nécessairement sacrifier. M. Rottureau a tenté quelque chose de semblable pour les eaux d'Ems, qu'il a rapprochées des eaux de Vichy et dont il a précisé les indications; pourquoi n'en a-t-il pas fait autant pour Carslbad, pour Kreusnach, pour Kissingen, pour Marienbad, etc.? C'est une lacune qu'il lui sera du reste très-facile de combler, à la fin du volume qu'il se propose de consacrer aux autres eaux minérales de l'Europe. Tel qu'il est, cependant, le livre de M. Rottureau est un ouvrage très-instructif et très-intéressant, qui nous paraît indispensable à tous ceux qui pratiquent la médecine et qui complète, nous le répétons en terminant, l'excellent ouvrage publié l'année dernière par M. Durand-Fardel.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résultats des opérations chirurgicales graves dans les hôpitaux de province. — La discussion à laquelle l'Académie de médecine vient de se livrer sur la fièvre puerpérale, en soulevant un grand nombre de questions subsidiaires, a provoqué d'utiles recherches et de très-instructifs renseignements sur les différences que présentent en général à Paris et dans la province les suites du traumatisme, du traumatisme obstétrical comme de celui qui résulte des grandes opérations chirurgicales. « Dans les hôpitaux des grandes villes, a dit à cette occasion M. Trousseau, la mortalité qui suit les opérations est beaucoup plus considérable que dans les petites villes et à la campagne... Cette différence prend sa source dans une cause qui est dans les grandes villes et qui n'est pas à la campagne. » Frappé de la conformité de cette assertion avec ce que l'expérience lui avait déjà appris à cet égard, M. le docteur Bardy-Delisle, chirurgien de l'hôpital de Périgueux, a voulu demander à la statistique la confirmation de cette proposition ; et la statistique, dans les limites restreintes du moins qu'il a dû donner aux faits, lui a donné des résultats qui dépassent même ses prévisions. Voici, en effet, quel a été le résultat du relevé de toutes les opérations graves pratiquées à l'hôpital de Périgueux, soit par son confrère le docteur Galy, soit par lui-même, pendant une période de cinq années, de 1853 à 1857 inclusivement.

Hommes. — *Enfants*. — 1. Onze ans. Ecrasement du membre supérieur droit par la mécanique d'un métier à tisser. Amputation du bras ; réunion médiate. Guérison.

2. Treize ans. Lésion presque identique à la précédente, produite par l'action d'un engrenage dans une forge. Amputation du bras ; réunion médiate. Guérison.

3. Enfant de l'hospice, scrofuleux, quatorze ans. Tumeur blanche abcédée du genou. Amputation de la cuisse ; réunion médiate. Guérison.

4. Fracture comminutive et compliquée de la jambe, produite par le passage sur le membre d'une roue de waggon. Seize ans. Désarticulation du genou. Guérison.

Adultes. — 5. Dix-neuf ans. Ecrasement du pied et de la partie inférieure de la jambe par la chute d'une pierre. Amputation de la jambe ; réunion immédiate. Guérison.

6. Cinquante-six ans. Tumeur blanche abcédée du genou datant

de dix-huit ans. Amputation de la cuisse; réunion immédiate. Guérison.

7. Militaire âgé de vingt-trois ans. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation de la jambe; réunion médiate. Guérison.

8. Trente-deux ans. Fracture de la partie supérieure de l'humérus, avec issue au dehors du fragment supérieur. Impossibilité de réduction. Résection de la tête de l'humérus. Guérison.

Femmes. — 9. Quarante-trois ans. Ecrasement du membre supérieur droit par la machine d'une filature. Désarticulation de l'épaule. Guérison.

10. Dix-sept ans. Fracture comminutive et compliquée de la jambe, ayant la même origine que l'accident précédent. Amputation de la cuisse; réunion immédiate. Guérison.

11. Quatre amputations de sein pour des tumeurs squirrheuses. Guérison *de l'opération*. L'une de ces opérées est morte cinq mois après; les trois autres vivent encore.

Par rapport à la nature des opérations, les éléments du tableau qui précède se classeraient ainsi :

Amputations des membres dans la continuité.......	7
Désarticulations................................	2
Résection.......................................	1
Ablations de tumeurs graves.....................	4
	14

Dans ce relevé ne figurent ni les lésions traumatiques graves qui se sont présentées dans le service pendant la même période, telles que fractures comminutives compliquées, plaies, etc., et qui ont guéri sans accidents; ni les nombreuses opérations moins graves qui entraînent pourtant quelquefois la mort dans de moins bonnes conditions générales. On n'y a fait figurer que les faits les plus saillants.

Or, en regard de ces faits desquels il résulte que, dans une période de cinq ans, il n'y a pas eu dans l'hôpital de Périgueux un seul décès à la suite d'une opération chirurgicale quelconque, si l'on rappelle la statistique des résultats des amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, dressée par M. Malgaigne, on voit que les amputations de cuisse présentent une mortalité de 70 sur 100, celles de jambe de 55 sur 100, celles de bras de 45 sur 100, c'est-à-dire une moyenne de plus de moitié.

Ce rapprochement renferme un grand enseignement, qui ne devrait pas être perdu pour a pratique. Il ne viendra à coup sûr à l'idée de personne qu'une aussi grande différence dans les résultats

des opérations soit imputable aux chirurgiens, comme étant le fait des moyens mis en usage et des soins donnés aux opérés. Cette différence tient évidemment aux différences de lieux, et, comme l'a si bien dit M. Trousseau, à *quelque chose* qui est dans les grandes villes et qui n'est pas à la campagne, c'est-à-dire aux influences délétères qui naissent fatalement de toutes les grandes agglomérations.

Le fait connu, reste à voir le parti qu'on en pourrait tirer au profit des malheureux qui ont de grandes opérations à subir... Mais c'est là une affaire qui devient toute administrative. Il suffit aux médecins d'avoir signalé le fait.

De la valeur et des indications des vésicatoires dans le traitement de la syphilis. — Dans l'intéressant travail qu'il a publié dans un de nos derniers numéros, M. Hervieux a appelé l'attention des praticiens sur les bons effets qu'on peut attendre des applications de vésicatoires dans le traitement des syphilides. Nos lecteurs auront été frappés des résultats remarquables qu'il en a obtenus. M. Hervieux avait été conduit à employer les vésicatoires dans ces cas, par des essais qu'il savait avoir été faits par M. Cullerier, et il nous a paru par conséquent utile de faire connaître les résultats auxquels est arrivé ce savant praticien. Cette tâche nous est rendue facile par la publication que M. le docteur Parisot a faite de ces expérimentations dans la dissertation inaugurale qu'il a soutenue devant la Faculté de médecine de Paris.

Et d'abord, nous devons dire que dans cette application qu'il a faite des vésicatoires au traitement de la syphilis, M. Cullerier ne compte guère de devanciers. Ce qui l'a engagé à en faire usage, c'est d'une part l'opiniâtreté des accidents et les effets résolutifs bien connus des vésicatoires, de l'autre un certain nombre de faits dans lesquels une inflammation plus intense, s'étant emparée des chancres d'inoculation, avait exercé une influence évidente sur la guérison d'accidents rebelles. Toutefois, rien ne pouvait faire soupçonner que ces expérimentations dussent avoir des résultats aussi avantageux.

Quant au traitement employé par M. Cullerier, il a été presque toujours le même; chaque jour, ou à peu près, des vésicatoires volants, au nombre de quatre ou six et de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ont été appliqués au devant de la poitrine des individus soumis à l'expérimentation. Ces vésicatoires ont été établis au moyen de petites rondelles de sparadrap vésicant saupoudrées de cantharides. On choisit le devant de la poitrine, parce que les petits

emplâtres pouvaient être facilement faits et gênaient à peine les mouvements des malades. Du reste, on ne se préoccupait guère d'éviter les endroits sur lesquels on avait déjà mis des vésicatoires, de sorte que souvent le même point de la peau fut soumis plusieurs fois à la vésication.

Dans quelques cas exceptionnels seulement, on eut recours au contraire à de grands vésicatoires appliqués tantôt à distance du siége du mal, tantôt sur l'accident à combattre.

Pour dégager le problème de toute complication, M. Cullerier n'a prescrit ni fixé pendant la durée du traitement, du moins pour une première série de sujets, aucune médication mercurielle ou iodique; pour calmer le moral des malades, des pilules de *mica panis* étaient administrées sous le nom de protoiodure d'hydrargyre.

M. Cullerier a soumis à ce traitement un certain nombre de cas d'accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Nous ne pouvons rapporter ici les faits, nous nous bornerons à donner les résultats.

En premier lieu, ces observations établissent que le traitement révulsif n'a que peu ou point d'action contre les accidents situés dans les cavités un peu profondes, comme la bouche, la gorge, puisque, employé seul, il ne paraît point modifier la marche naturelle des plaques muqueuses des parois de ces cavités, non plus que le psoriasis buccal. L'impétigo du cuir chevelu est aussi, en général, assez rebelle, peut-être en raison même de sa nature, peut-être surtout parce qu'il affecte une région éloignée de la sphère des vésicatoires.

C'est surtout sur les accidents cutanés de la syphilis, sur les syphilides papuleuses proprement dites, que les vésicatoires paraissent avoir le plus de prise. Nous citerons, par exemple, les roséoles papuleuse et maculeuse, les syphilides papuleuses proprement dites, les plaques muqueuses de la peau, les éruptions tuberculeuses même, pourvu que les tubercules affectent la forme plate et restent confinés dans le derme; quand, au contraire, ces tubercules se présentent sous l'aspect d'indurations coniques trop considérables et étendues du côté du tissu cellulaire sous-cutané, les vésicatoires paraissent avoir contre eux beaucoup moins d'action. Les vésicatoires seront encore efficaces contre les éruptions pustuleuses de la syphilis, contre les éruptions squammeuses; cependant, on peut dire d'une manière générale que leur utilité sera d'autant moins marquée, qu'il s'agira d'une forme plus réfractaire aux traitements classiques.

Mais pour peu que les accidents s'éloignent de la surface, pour peu qu'ils occupent des tissus plus profondément situés que l'enveloppe tégumentaire, l'action des vésicatoires s'amoindrit et ne tarde

pas à s'éteindre. C'est ainsi qu'en dépit du traitement, l'induration des chancres, celle des vaisseaux lymphatiques, les diverses adénopathies indolentes suivent d'une manière à peu près générale la marche que leur a marquée la nature. On peut, toutefois, établir une exception en faveur des chancres ; des ulcérations chancreuses très-profondes ont été rapidement modifiées par l'application de vésicatoires aux cuisses.

Quant aux phénomènes douloureux précoces (douleurs rhumatoïdes), ils sont très-heureusement influencés par l'application de vésicatoires volants, même loin du lieu malade.

Ainsi se trouve prouvée l'action efficace des vésicatoires contre la syphilis, ainsi se trouvent établies les limites de cette action ; et, loin d'être troublée par un traitement mercuriel quelconque, elle peut, au contraire, être utilement associée à une semblable médication et lui servir d'auxiliaire.

Il est facile maintenant de préciser les indications, les contre-indications et le degré d'utilité du traitement par les vésicatoires dans la syphilis.

Contre les accidents primitifs, ils seront le plus souvent inutiles, parce que d'habitude ces accidents guérissent avec assez de facilité par les moyens ordinaires, qui sont en même temps les plus commodes. Mais lorsque le chancre, qu'il soit induré ou non, revêtira l'une quelconque des formes du phagédénisme, lorsque surtout ce phagédénisme aura résisté aux pansements avec la charpie imbibée d'une solution de tartrate ferrico-potassique et à l'administration du même médicament à l'intérieur, aux applications de teinture d'iode, de perchlorure de fer même, on trouvera une ressource dans l'application successive de larges vésicatoires volants à la partie interne des cuisses ; elle se montrera quelquefois plus puissante même que la cautérisation avec un fer rougi à blanc. Nous venons même de voir, dans le service de M. Cullerier, de grands vésicatoires exercer une heureuse influence sur la marche d'un chancre serpigineux des plus graves.

Quant aux accidents secondaires, leur traitement régulier sera toujours le traitement mercuriel ; mais lorsque le mercure sera difficilement supporté, lorsque, administré convenablement, il aura épuisé son action sur des accidents réfractaires, lorsque enfin, en raison de la gravité des symptômes, il y aura lieu d'agir d'une manière plus sûre et plus rapide, on devra recourir aux petits vésicatoires volants, employés seuls ou de concert avec la médication hydrargyrique. C'est ainsi que, dans les cas où les accidents mercuriels

obligeraient à suspendre le traitement ordinaire, on pourrait, dans l'intervalle de deux médications classiques, faire intervenir les vésicatoires pour mettre de la continuité dans la lutte et éviter par ce moyen une perte de temps toujours fâcheuse. De même encore chez les malades atteints de ces syphilides, qui ne cèdent qu'à l'emploi de traitements habilement variés, les vésicatoires offriront une précieuse ressource. Ici on commencera par les petits emplâtres placés à distance du siége du mal, et, quand ils paraîtront ne plus agir, on aura recours à l'application directe d'autres vésicatoires volants sur les surfaces malades elles-mêmes. Dans certains cas d'ecthyma, de rupia, avec cachexie profonde et danger d'hémorrhagie et de mort, l'emploi des petits vésicatoires pourra être aussi de quelque secours quand une médication tonique associée au traitement mercuriel n'aura pu maîtriser les accidents.

Mais on devra, dans les cas ci-dessus indiqués, renoncer aux vésicatoires lorsque, par suite d'une de ces dispositions individuelle précédemment signalées, l'application des premiers emplâtres vésicants sera suivie d'une réaction inflammatoire trop vive, avec douleur et fièvre. On en rejettera de même l'emploi, lorsque les accidents à combattre seront des accidents tertiaires, dont la gravité nécessiterait une intervention prompte; toutefois, rien ne dit que dans le cas de gommes ulcérées et réfractaires aux autres modes de traitement, les vésicatoires ne pourraient pas être utiles.

Telles sont, d'après l'expérience de M. Cullerier, les indications de l'emploi des vésicatoires dans la syphilis : de nouvelles expérimentations sont sans doute nécessaires pour fixer d'une manière précise la place qu'ils doivent occuper dans ce traitement; mais, tels qu'ils sont, ces résultats nous paraissent dignes de toute l'attention des praticiens, surtout lorsqu'il s'agit d'un moyen externe, dont l'innocuité est à peu près certaine et dont les légers inconvénients sont compensés et au delà par les avantages qu'il fournit. Ajoutons cependant en terminant que l'efficacité des vésicatoires peut rencontrer un obstacle dans certaines dispositions spéciales du sujet. Quelquefois, par exemple, la médication révulsive, loin de produire un effet utile, exerce sur l'accident à combattre une influence fâcheuse; mais ce fait doit être bien rare. D'autres fois encore la peau résiste tôt ou tard à la vésication, mais cela encore est plus rare.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchements *retardés sous l'influence de causes morales.* L'influence des causes morales sur l'accouchement ne saurait être mise en doute. L'histoire de l'art fourmille d'exemples d'accouchements dont le terme a été avancé par une impression morale vive. Mais il est beaucoup moins commun de voir l'accouchement retardé par une cause de ce genre. Voici quelques exemples rapportés par M. le docteur Rob.-Annan, et qui paraissent démontrer une influence de ce genre.

Une femme qui avait eu un commencement de travail prématuré se trouvait sur un bâtiment qui fit naufrage; elle fut si tourmentée par la crainte de voir périr un de ses enfants, qu'elle courut de tous côtés et fit tous ses efforts pour le sauver; les douleurs utérines se calmèrent sur-le-champ, et la femme n'accoucha que trois cent trente-deux jours après la dernière époque menstruelle.

Une femme âgée de trente-quatre ans, mère de plusieurs enfants, croyait, d'après ses calculs, accoucher le 5 juin 1851; vers la fin du septième mois, elle assista à une soirée de magnétisme et rentra chez elle dans un tel état de malaise et d'excitation, qu'elle envoya chercher son médecin, persuadée qu'elle allait accoucher prématurément; il n'en fut rien, et en quelques jours elle se rétablit complétement. L'époque de l'accouchement se passa, et le 20 juillet, c'est-à-dire après six semaines complètes, elle accoucha avec les fers d'un enfant pesant dix livres et quatre onces. Le volume du placenta correspondait à celui de l'enfant. Les enfants qu'elle avait eus auparavant ne pesaient que sept livres.

Une autre femme, âgée de quarante-quatre ans, croyait accoucher au commencement du mois d'octobre 1840, ayant eu sa dernière époque menstruelle en décembre; peu de temps avant le terme de sa grossesse, elle avait entendu parler d'une dame de sa connaissance qui avait eu un accouchement très-laborieux, et depuis ce moment elle était très-tourmentée pour sa couche; chez cette femme les premières contractions utérines se présentèrent longtemps après l'époque qu'elle avait calculée, c'est-à-dire le 20 novembre, et le lendemain elle accoucha avec les fers d'un enfant mort pesant neuf livres huit onces.

Enfin, l'auteur cite un autre cas dans lequel le retard a eu lieu sans qu'il y eût de cause appréciable. Une femme de vingt-six ans avait déjà fait trois fausses couches; à une quatrième grossesse elle avait encore été menacée du même accident; enfin elle accoucha le 15 février 1857 d'un enfant pesant dix livres onze onces; la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 1er avril 1856, c'est-à-dire trois cent vingt-sept jours avant. — M. Annan a fait dans tous ces cas la remarque que le poids excessif de l'enfant semble correspondre avec la prolongation de la grossesse. (*Quarterly, journ. of practic.* et *Union médic.*, juin.)

Choroïdo-rétinite aiguë; *hydrophthalmie; paracentèse cornéale; guérison.* Il s'est présenté récemment dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, un cas d'affection oculaire extrêmement complexe, d'un diagnostic difficile, et dont la terminaison heureuse, grâce à l'opération pratiquée par cet habile chirurgien, peut servir à la fois à éclairer les difficultés de cas semblables et à indiquer aux praticiens la ligne de conduite qu'il faut suivre en pareille circonstance. Voici le fait:

Une jeune femme de vingt-trois ans, après quelques irrégularités dans sa menstruation, éprouva le 5 février 1857 des douleurs dans l'œil gauche. Elle entra à l'hôpital huit jours après (le 13), accusant un endolorissement très-vif de la région orbitaire, et un défaut complet de vision du côté gauche. La conjonctive était très-légèrement injectée; la cornée ne présentait aucune altération; il n'existait aucune lésion appréciable dans le champ de la pupille. On remarquait seulement un cercle rougeâtre au pourtour de la cornée, puis une teinte bleuâtre de la sclérotique.

Le 14, l'œil était augmenté de volume; le 15, le globe oculaire proéminait légèrement à l'extérieur; le 16, douleurs intenses autour de l'orbite, avec photophobie et exacerbations violentes, le soir principalement.

Les jours suivants, jusqu'au 1er mars, l'état local est resté à peu près le

même; à cette époque les douleurs ont acquis une nouvelle intensité; la malade ne pouvait rien distinguer de l'œil gauche.

Le 4 mars, la douleur présente des exacerbations de plus en plus marquées ; la saillie de l'œil à l'extérieur a augmenté d'une manière notable. La vision se trouble de plus en plus.

Jusque-là la médication avait consisté en une application de sangsues à la tempe, en collyre laudanisé, pilules d'opium, potion de morphine et calomel à dose fractionnée. En présence des symptômes graves que nous venons d'énoncer, M. Gosselin se décida à pratiquer la paracentèse cornéale, à l'aide d'une aiguille à cataracte.

Cette ponction donna lieu à un écoulement abondant d'humeur aqueuse.

Le 5, les douleurs ont diminué, la saillie du globe oculaire est visiblement moindre.

Le 7, les douleurs sont revenues un peu plus vives.

Le 8, dans un mouvement brusque et involontaire, la malade a porté violemment sa main fermée sur son œil gauche. Immédiatement elle a souffert beaucoup, et il s'est écoulé, dit-elle, du liquide de l'œil comme à la suite de la ponction.

La douleur, qui n'avait fait que diminuer après le 4 mars, cesse complétement à partir du 8 mars. L'œil est beaucoup moins saillant à l'extérieur. La vue, à cette époque, est encore entièrement troublé du côté gauche.

Cependant, à dater de cette époque, la vision s'est rétablie peu à peu ; les douleurs ont disparu, l'œil a repris à peu près son volume normal. La malade sort de l'hôpital le 16 avril, voyant assez clair pour pouvoir lire de l'œil gauche (l'œil droit étant fermé) des caractères fins d'imprimerie. Il restait alors à peine à la partie externe et un peu inférieure de la cornée un léger néphélion, trace de la ponction pratiquée à ce niveau. (*Monit. des hôpit.*, juin.)

Glycérine (*De la*) *dans les affections hypéresthésiques de la peau.* Nous avons, à plusieurs reprises, signalé à l'attention de nos lecteurs les bons effets de la glycérine pour le pansement des plaies et pour le traitement de certaines formes de maladies cutanées. Il en est parmi ces dernières qui sont remarquables par l'excessive sensibilité qu'acquiert la peau et principalement par la résistance qu'elles opposent à la plupart des moyens thérapeutiques qu'on leur oppose; nous voulons parler des affections prurigineuses et hypéresthésiques de la peau et en particulier du prurit vulvaire. On n'a pas craint, après maintes tentatives infructueuses, de recourir dans ce cas à la médication arsenicale, dont l'efficacité ne paraît pas contestable. Mais, quand on songe aux dangers inséparables du maniement d'une pareille médication, on doit naturellement s'attacher de préférence à une médication qui offrirait les mêmes résultats, et qui joindrait à son efficacité thérapeutique tous les avantages de la simplicité et de l'innocuité dans son administration. Ce double avantage paraît acquis à la glycérine, d'après les faits nombreux qui ont été recueillis à la maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Voici comme spécimen quelques-uns de ces faits, publiés par M. le docteur Paupert.

Une dame âgée de quarante ans était atteinte depuis plusieurs années d'une hypéresthésie vulvaire, compliquée d'éruption ecthymateuse, qui ne lui laissait prendre aucun repos. Tout ce que l'on avait tenté contre cette affection en avait plutôt exaspéré les symptômes que produit l'amélioration. L'application de compresses imbibées de glycérine, renouvelées deux fois le jour, et les lotions d'eau froide matin et soir, ont promptement fait disparaître et la démangaison et les pustules d'ecthyma. — Cette malade a été revue plusieurs fois, dans un espace de trois ans; il n'y a point eu de récidive.

Un jeune homme de vingt-huit ans était affecté d'une hypéresthésie générale, compliquée d'érythème noueux, survenu à la suite d'un traitement hydrothérapique mal dirigé. La peau était sèche, ne fonctionnait que très-imparfaitement, et la maladie en était arrivée à ce degré de gravité que la raison du malade en avait éprouvé d'assez fortes secousses. Des onctions de glycérine deux fois le jour sur tout le corps, et principalement à la face externe des membres, continuées pendant plusieurs semaines, ont produit un amendement remarquable dans tous les phénomènes pathologiques, et bientôt on a pu constater la disparition complète de la démangaison et le retour de toutes les fonctions à leur état normal.

M. Demarquay, ajoute M. Paupert, a retiré des applications de la glycérine des effets non moins satisfaisants chez

des femmes âgées atteintes de prurit vulvaire. Ce traitement, mis en parallèle avec la médication arsenicale pour la même affection dans les maladies papuleuses, aiguës ou chroniques, a constamment donné des résultats tout à son avantage. Le glycérolé de goudron, dont nous publierons la formule dans notre prochaine livraison, fournit des résultats plus certains et plus rapides encore. (*Monit. des hôpit.*, juillet 1858.)

Héméralopie *guérie à l'aide des vapeurs azotées*. On a préconisé depuis longtemps l'usage des vapeurs azotées dans le traitement de l'héméralopie; elles ont même joui à une certaine époque d'une vogue populaire. Elles ont été recommandées, notamment dans ces derniers temps, par un ophthalmologiste distingué, M. le docteur Stœben. Voici un fait qui vient témoigner en faveur de ce moyen.

Le 30 mars dernier un jeune garçon de dix ans et demi fut amené à la consultation de M. le docteur Deval. Cet enfant, habituellement bien portant, était affligé depuis une quinzaine de jours d'une affection qui inspirait des craintes sérieuses à sa famille. Pendant dix jours environ, sa vue avait graduellement baissé, seulement le soir; trouble d'abord, elle subit peu à peu une telle détérioration, que l'enfant devenait aveugle à la tombée de la nuit. Il ne reconnaissait aucun des objets qui l'entouraient, à moins qu'ils ne fussent vivement éclairés par une lumière artificielle; il les voyait alors, mais d'une manière vague et confuse. Dans la rue, il ne pouvait se conduire. Le matin, tout rentrait dans l'ordre; la vision redevenait normale.

L'interrogatoire et les investigations sur les influences qui avaient pu donner lieu à cette héméralopie ne conduisirent à aucun résultat. C'est en l'absence de toute donnée étiologique propre à mettre sur la voie d'une indication rationnelle, que M. Deval se décida à mettre en œuvre un expédient qui, en le supposant impropre à soulager, du moins ne pouvait pas nuire. Il recommanda de soumettre les yeux du jeune malade à l'action de vapeurs émanant d'une décoction de foie de bœuf, d'après le mode indiqué par M. Dupont, auteur d'un mémoire sur la goutte-sereine nocturne épidémique. Son étonnement fut grand, le 8 avril, quand on lui annonça que la cécité s'était à peu près évanouie après la seconde application de vapeurs, application qui, faite matin et soir, durait chaque fois de dix minutes à un quart d'heure.

Le 10 du même mois, le père ramena l'enfant auprès de M. Deval, moins pour lui demander de nouveaux conseils que pour le remercier, car la guérison était complète. (*Union méd.*, juillet 1858.)

Mort *à la suite d'une piqûre d'abeille*. M. le docteur Nivison rapporte le fait suivant, qui montre à quel degré de gravité excessive peuvent quelquefois s'élever les accidents produits par une piqûre d'abeille.

Un fermier d'environ cinquante ans, étant en parfaite santé, fut piqué par une abeille sur le côté du cou, le 8 août 1856. Cet accident lui était arrivé souvent, et chaque fois il avait été suivi d'un gonflement considérable et d'inflammation locale. Cette fois il éprouva sur le moment une vive douleur, mais il ne survint ni rougeur, ni gonflement. Il arracha l'aiguillon avec ses doigts; deux heures après, il commença à éprouver du malaise, il eut des nausées, bientôt suivies de vomissements. Bientôt les vomissements se succédèrent à des intervalles plus rapprochés, la respiration devint difficile et oppressée. Il n'y avait pas trace d'inflammation autour de la piqûre; d'où l'on conclut que le poison était entré directement dans le torrent circulatoire et avait été promptement absorbé. Le lendemain, les vomissements continuèrent, la diarrhée survint; le pouls était faible et petit, mais de fréquence normale; la figure était pâle, défaite et anxieuse. Malgré le traitement, sinapismes à l'épigastre, eau-de-vie, opium, calomel et quinine, le malade mourut six jours après l'accident. (*Quarterly Journ.* et *Union méd.*, juin 1858.)

Ophthalmies purulentes *des nouveau-nés; traitement*. Le service des nourrices de l'hôpital Necker, confié aux soins de M. le professeur Nat. Guillot, est un vaste champ d'observation et d'étude pour les ophthalmies purulentes des nouveau-nés. Aussi M. Nat. Guillot a-t-il été conduit, après de nombreux essais et une longue expérience, à adopter une méthode dont l'application, rigoureusement exécutée, paraît donner des résultats avantageux. Voici l'exposé de cette méthode.

Lorsqu'on n'a affaire qu'à une simple conjonctivite, sans produit ou presque sans produit purulent, on se borne à

faire quelques lotions avec de l'eau fraîche et à instiller entre les paupières quelques gouttes d'un collyre de nitrate d'argent, dans la proportion de 1 gramme pour 30. Ce collyre, à peine caustique, suffit dans ces formes légères pour modifier efficacement la muqueuse enflammée, et on obtient une guérison complète en en continuant l'usage pendant quelque temps, deux ou trois fois par jour.

Mais lorsque, soit qu'on ait négligé ou laissé passer inaperçue cette première période de la maladie, on se trouve en présence de l'ophthalmie purulente confirmée, il y a alors indication urgente de modifier énergiquement et dans toute son étendue la muqueuse oculo-palpébrale. Mais pour agir sur cette membrane, il faut d'abord la débarrasser des produits purulents qui la baignent et la tapissent; or, c'est là que gît la principale difficulté, la plupart des moyens ordinaires de lotion étant insuffisants. Il faut, pour atteindre ce but, une colonne liquide projetée avec assez d'énergie pour pénétrer entre les paupières et débarrasser complètement toute leur surface interne.

M. Nat. Guillot se sert à cet effet de l'irrigateur Eguisier, dont le jet est dirigé dans les yeux du jeune malade, à une distance de 20 ou 30 centimètres; l'eau pénètre entre les paupières, les soulève, distend leurs sillons et leurs culs-de-sac, et entraîne dans son mouvement rapide tous les produits étrangers qu'elles renferment.

Cette petite opération, très-simple en apparence, exige néanmoins une main exercée. On peut, à l'aide d'un robinet, faire varier l'impulsion du liquide; mais il ne faut pas craindre d'employer un jet assez fort. Chaque injection dure un quart d'heure ou une demi-heure. La muqueuse oculaire, une fois débarrassée de la sorte de tout produit purulent, est facilement accessible à l'agent modificateur. Celui-ci consiste en une solution concentrée de nitrate d'argent, composée de :

Eau distillée.........	4 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé.............	1 gramme.

Voici de quelle manière M. Nat. Guillot fait procéder à l'application de ce collyre :

L'enfant étant couché sur le dos, on lui en verse quelques gouttes dans le grand angle de l'œil; on écarte alors les paupières, et tout le liquide ainsi déposé entre dans l'espace sous-palpébral et en atteint facilement toutes les parties. On renouvelle ces applications de collyre trois fois par jour, en ayant soin de faire chaque fois une injection détersive. Lorsque la suppuration est très-abondante, on pratique une ou deux injections d'eau, outre chaque application de collyre.

Une grande et rapide amélioration suit ordinairement l'emploi de ces moyens simples; on peut alors éloigner les injections et affaiblir la dose de nitrate d'argent. (*Gaz. des Hôpit.*, juin 1858.)

Perchlorure de fer. *Son action sur le cœur et son emploi dans les cas de pertes abondantes.* A propos d'une analyse du mémoire de M. Barudel publiée par la Gazette hebdomadaire, et dans laquelle on mettait en relief l'action sédative exercée sur la circulation générale que signalait notre correspondant, M. le docteur Prie vient rappeler que le premier il a constaté cette propriété du perchlorure de fer administré à l'intérieur. A l'appui de sa réclamation, ce médecin cite la phrase suivante d'un mémoire publié le 10 février 1857 dans le Moniteur des Hôpitaux : « La deuxième propriété du perchlorure de fer est de ralentir les mouvements du cœur ; c'est ce que nous avons toujours observé à la suite de son administration. Cette action sur la circulation ne doit pas être sans influence sur l'arrêt des hémorrhagies. » En enregistrant la réclamation de M. Prie, nous avons principalement pour but d'ajouter un témoignage de plus quant aux propriétés physiologiques du sel de fer, car cette action sédative est loin d'être toujours bien évidente. Ainsi, dans un article sur l'emploi du perchlorure à l'intérieur, dans les cas d'hémorrhagie utérine, M le docteur Méran, après avoir rapporté cinq observations de pertes abondantes qui avaient cédé à l'administration du sel ferreux, ajoute : « Dans tous ces faits j'ai constaté un phénomène en désaccord avec mes premières idées sur l'action physiologique du perchlorure de fer, et qui mérite d'être signalé : c'est l'ampleur et la plénitude du pouls qui s'est montrée dès les premières doses du sel ferrique. Ce fait dépend-il de la cessation de l'hémorrhagie? Je ne le pense pas, et je crois plus volontiers à une action spéciale du médicament. Il est d'autant plus utile d'être prévenu de cette plénitude du pouls, coïncidant avec l'emploi du per-

chlorure de fer, qu'elle peut en imposer pour une véritable fièvre, et je ne suis pas moi-même parfaitement convaincu de n'avoir pas été dupe de cette apparence, lorsque j'ai donné des préparations de quinquina aux malades qui la présentaient. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas hésité, chez aucune d'elles, à passer outre, en conseillant une alimentation tonique et aussi fortifiante que j'ai pu la faire accepter ; ayant d'autant mieux à me louer de ce mode de faire, que je voyais la santé revenir, en même temps qu'un bon régime infusait des matériaux et des forces nouvelles. » Les faits de M. Méran ne détruisent pas, à nos yeux, l'action sédative du perchlorure, l'ampleur du pouls chez ses maladades s'expliquant par la cessation de l'hémorrhagie. Quoi qu'il en soit, ce phénomène réactionnel était à signaler afin d'éviter aux praticiens des méprises regrettables. (*Union méd. de la Gironde*, mai, et *Gaz. hebd.*, juillet.)

Spasme de l'œsophage *traité avec succès par l'emploi topique de la teinture d'iode.* L'on sait les bons effets qui ont été signalés de l'application de la teinture d'iode comme traitement des affections chroniques de la muqueuse du larynx. Ayant été appelé à répéter ces essais chez un instituteur affecté de laryngite chronique avec œsophagisme, M. Ancelon constata que si l'état de la muqueuse fut longtemps à s'amender et à disparaître, il n'en fut pas de même du spasme, qui s'est immédiatement dissipé. Ce résultat suggéra à ce médecin l'idée d'appliquer l'emploi du même moyen dans les cas de spasme essentiel de l'œsophage chez les enfants. Le succès qui est venu couronner cette tentative nous engage à reproduire ce fait :—Auguste Klein, âgé de treize ans, se présenta, en janvier dernier, au médecin de l'hôpital de Dieuzo, se plaignant de ptyalisme et, à l'en croire, de fréquents accès convulsifs au moment des repas. Dès les premiers jours de la naissance, au dire de la mère, il a été sujet à ces sortes d'accès, que l'on considéra et que l'on traita pendant quelque temps comme symptômes d'un œdème de la glotte. Bientôt fatigué par l'insuccès, on cessa toute médication, abandonnant à elle-même cette rebelle maladie. Lorsque M. Ancelon vit l'enfant, il était développé autant qu'on peut l'être à treize ans; il est triste, morose, éprouve de la constriction au gosier, et souvent il lui semble qu'une boule y arrive par un mouvement ascensionnel, dont le point de départ serait le niveau de l'appendice xyphoïde. Toutes les fois qu'il doit réciter une leçon ou mâcher des aliments solides, sa bouche se remplit d'un liquide visqueux, filant, qu'il est forcé de rejeter à la hâte, et contre sa volonté. Les mouvements de déglutition sont toujours difficiles, pénibles ; pour que le bol alimentaire puisse arriver dans le pharynx et suivre la filière œsophagienne, le malade est obligé, chaque fois, de le repousser, en avalant de grandes quantités de liquide : la déglutition des solides ne se fait qu'à ce prix. S'il veut se dispenser de recourir à ce moyen, le ténesme pharyngien détermine immédiatement l'expulsion des solides ingérés ; ou bien, sous l'influence des efforts qu'il fait pour avaler, il est saisi de menaces de suffocation et de convulsions générales, que l'on a prises, en voyant la bouche encombrée de salive spumeuse, pour de l'épilepsie, bien qu'il n'ait jamais perdu connaissance dans toute la durée des accès. Les investigations les plus minutieuses de la région de l'arrière-bouche sont restées sans résultat, le système nerveux cérébro-spinal paraît dans un état d'intégrité parfaite, les fonctions de l'estomac s'exécutent une fois les orages du pharynx apaisés, sans que le malade en ait conscience ; les selles sont à peu près régulières. En moins de trois semaines, la teinture d'iode portée une fois par jour dans le pharynx, au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine, jugea définitivement cette vieille dysphagie spasmodique. Dès le second jour, plus de constriction du gosier, plus de sensation de boule hystérique; le malade récite ses leçons sans être contraint de céder à son ptyalisme fatigant. Le bol alimentaire glisse encore avec difficulté, mais sans le concours obligé de liquides abondants. A partir des premiers jours de février, l'enfant, libre de toute souffrance et mieux nourri, s'abandonne à la gaieté, à la pétulance naturelle à son âge ; sa bouffissure blafarde fait place à un embonpoint modéré et presque fleuri.

L'innocuité du moyen employé par M. Ancelon portera les praticiens à répéter l'essai de cette médication dans les cas de spasme œsophagien. Des faits confirmatifs seraient précieux, car la thérapeutique est pauvre en ressources réelles contre cette affection. (*Revue médicale*, juin 1858.)

Tétanos *guéri par l'extrait de cannabis indica.* Nous avons déjà fait connaître à plusieurs époques les résultats des essais faits par des médecins anglais avec le chanvre indien (*cannabis indica*), dans le traitement de diverses névroses et en particulier du tétanos chez les enfants. C'est encore dans un recueil anglais que nous trouvons la relation du fait suivant, rapporté par M. Ew. Skue, chirurgien adjoint d'état-major à Honduras.

Le sujet de cette observation est une petite fille de neuf ans, à constitution vigoureuse, qui fut atteinte subitement, le 9 avril au matin, de roideur du bras et de la jambe du côté droit, avec douleur localisée particulièrement dans le bras. A la première visite de M. Skue, le bras et la jambe étaient roides, la main fléchie sur l'avant-bras, le genou demi-fléchi, le pied droit tourné en dedans; pouls à 80. La malade avait d'ailleurs l'air gai et n'éprouvait aucune difficulté à ouvrir la bouche.— On apprit qu'un mois auparavant elle avait fait une chute et s'était coupée au poignet droit avec des fragments de verre; la plaie avait guéri très-vite, sans aucun symptôme fâcheux. Un purgatif fut proscrit; jusqu'au cinquième jour, il y eut peu de modification dans son état; alors seulement on s'aperçut de la gêne qu'elle éprouvait à ouvrir la bouche. Le sixième jour, les symptômes étaient bien caractérisés. Elle avait des attaques répétées d'opisthotonos; pouls fréquent, dépressible; face grippée; ouverture de la bouche incomplète et très-difficile.

On prescrivit le *cannabis indica* à la dose d'un demi-grain (¹), d'abord, et on la porta à deux grains par heure jusqu'à production du narcotisme. Les symptômes ne tardèrent pas à s'amender sous l'influence de ce médicament, qui fut continué en doses successives, variant de 4 à 18 grains par jour. L'enfant était ainsi maintenue dans un narcotisme presque permanent. Les spasmes tétaniques devinrent de moins en moins intenses. Après douze jours, l'enfant allait mieux, les symptômes généraux avaient disparu, il ne restait plus qu'un peu de roideur du bras, qui se dissipa aussi huit ou dix jours après.

Le médicament avait été administré sous forme d'extrait alcoolique étendu d'eau. (*Edinb. med. j.* et *Gaz. des Hôp.*, juin 1858.)

Tumeur et fistule lacrymale. *Leur cure radicale par l'excision des conduits.* Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir pratiquer par M. Velpeau, à la Charité, l'excision des conduits lacrymaux, dans les cas de tumeur ou de fistule lacrymale. Les succès immédiats de l'opération lui ont paru sans doute assez satisfaisants pour qu'il ait cru devoir répéter cette opération un assez grand nombre de fois depuis quelques années. Quant au résultat définitif, vu la difficulté de retrouver les malades assez longtemps après l'opération, il n'a pu être encore apprécié d'une manière assez rigoureuse pour qu'on soit fixé sur la préférence à lui donner sur les autres méthodes de traitement et sur l'opportunité de son introduction définitive dans la pratique, à titre de méthode régulière. Cependant, d'après les résultats que M. Velpeau a été à même de constater sur quelques-uns de ses opérés, son impression serait plutôt favorable que défavorable. Ainsi il a vu des guérisons persistantes et qui devaient être considérées comme définitives, vu le laps de temps qui s'était écoulé depuis l'opération; il a vu aussi des récidives après des guérisons que l'on pouvait espérer devoir être confirmées et qui n'ont été que temporaires; il a vu aussi des insuccès complets. Mais ce qui lui manque pour se prononcer en dernier ressort sur la valeur de cette méthode, c'est la proportion exacte des succès et des insuccès.

M. Tavignot, qui a récemment préconisé cette méthode dans plusieurs communications académiques, est plus affirmatif à l'égard de ses effets. La plus grande facilité qu'il a eue sans doute à suivre ses opérés lui a permis d'en constater les résultats avec plus de certitude. Voici, d'après l'une des communications dont nous venons de parler, ce que lui a appris son expérience personnelle à cet égard.

En excisant la partie antérieure des conduits lacrymaux pour obtenir leur oblitération, dit M. Tavignot, on guérit d'emblée, et dans l'espace de quelques jours seulement, le tiers des malades environ. Les deux autres tiers des opérés non guéris d'emblée, c'est-à-dire dans la huitaine, ont tous accusé une amélioration marquée dans leur état, tenant surtout à une diminution notable de l'engorgemnet du sac et du larmoiement. Ce demi-succès se trouve, dans tous les cas, en rapport direct avec le degré de difficulté qu'éprouvent les larmes à passer dans le sac; une

(¹) Le grain anglais équivaut à 0gr.,065.

moins grande quantité de larmes amenant une irritation moins prononcée du sac, et cette irritation moins prononcée du sac provoquant, par sympathie, une sécrétion lacrymale inférieure en quantité à celle qui existait primitivement. En écartant légèrement les paupières, on constate que, dans ces cas, l'un des conduits lacrymaux, tantôt le supérieur et tantôt l'inférieur, est resté plus ou moins perméable aux larmes : cela est attesté par le reflux du muco-pus qu'amène une légère pression digitale sur le sac. La guérison absolue n'est possible, suivant M. Tavignot, qu'à la condition de réaliser l'oblitération définitive de l'un et de l'autre conduit.

Pour achever la guérison commencée, il faut recommencer l'excision palpébrale là où elle n'a pas réussi; et la recommencer une fois, deux fois, trois fois si cela est nécessaire. M. Tavignot assure avoir ainsi réitéré souvent cette opération sans aucun inconvénient.

Lorsque les conduits lacrymaux sont oblitérés à leur partie antérieure, en un mot quand il n'y a plus de contact possible entre les larmes et la muqueuse du sac, il y a guérison complète et définitive.

Cependant M. Tavignot signale comme une des conséquences possibles de cette opération un épiphénomène qui se manifeste quelquefois plus ou moins tardivement, et qu'il est bon par conséquent de prévoir: c'est une sorte d'abcès enkysté siégeant dans le sac lui-même; le pus, ne pouvant plus refluer par les points lacrymaux oblitérés ni par le canal nasal rétréci à l'excès, s'accumule là et détermine des douleurs plus ou moins vives.

Enfin il est une dernière objection qui a été faite à cette méthode opératoire et que M. Tavignot présume avoir dû arrêter les praticiens disposés à en tenter l'application : c'est la possibilité d'un larmoiement consécutif qui semble indiqué par la théorie. Mais d'après notre confrère l'expérience ne justifie point cette prévision. Le larmoiement, dit-il, quand il n'est pas provoqué par un cil dévié (ce qui est assez fréquent après cette opération), diminue tout d'abord d'une manière très-sensible, et disparaît ensuite de lui-même, après quelques jours ou après quelques mois. Il affirme ne l'avoir vu persister plus longtemps que dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque la tumeur lacrymale était très-ancienne : alors la réaction sympathique du sac enflammé sur la glande avait produit une habitude d'hypersécrétion qu'il fallait s'attendre à voir durer plus longtemps, mais non pas indéfiniment. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, juin 1858.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Appareil de compression destiné à produire l'anésthésie locale pendant l'extraction des dents, par le docteur S. Moreau.

L'extraction d'une dent est toujours accompagnée d'une douleur plus ou moins vive; aussi l'opérateur a-t-il depuis longtemps cherché les moyens de faire disparaître cette sensation si pénible. De ces divers efforts sont sortis pour l'avenir de la chirurgie les moyens si puissants de l'anésthésie. On sait, en effet, que c'est dans le cabinet d'un dentiste que les vapeurs d'éther furent appliquées la première fois sur l'homme. Accueilli d'abord comme une chose merveilleuse, l'éther devait bientôt céder sa place au chloroforme. L'anésthésie générale était trouvée.

On était entré plein de confiance dans cette nouvelle voie, quand on apprit le premier cas de mort par l'emploi de cet agent. L'émotion fut grande, mais elle ne fit bientôt que s'accroître lorsqu'on se vit contraint d'enregistrer un

nombre assez considérable de résultats mortels. On n'osa plus alors lui demander l'abolition d'une douleur qui, bien que vive, n'était que passagère.

L'anésthésie locale devait sortir de ce besoin d'éteindre la douleur, sans soumettre tout l'organisme aux influences du chloroforme. On avait bien remarqué que l'application de la glace produisait un engourdissement dont on pouvait profiter pour pratiquer une opération rapide ; qu'une insensibilité du même genre suivait aussi la compression des nerfs, et parmi les partisans de ce dernier moyen, on comptait en Angleterre les chirurgiens les plus distingués, Bell et Hunter.

Pourquoi ce procédé est-il tombé dans l'oubli ? Sans aucun doute, à cause du petit nombre de cas où le nerf peut être comprimé facilement.

Voici un praticien distingué de Paris, M. Jacowski, qui demande de nouveau à cette compression délaissée le moyen d'abolir la douleur dans l'extraction dentaire, et, comme presque toujours, c'est une observation des plus simples qui a mis l'opérateur sur la *voie* du procédé.

M. Jacowski avait remarqué, comme chacun a pu le faire, que lorsque les patients souffrent cruellement des dents, ils exercent avec leurs mains une pression énergique vers les oreilles et semblent calmer ainsi la douleur. Partant de ce fait, il s'est demandé si, en établissant une compression au-devant de l'oreille ou même sur l'antitragus, il obtiendrait l'*insensibilité*. L'expérience a répondu à l'espérance qu'avait fait naître l'observation, et nous avons vu, entre autres personnes, une jeune fille très-impressionnable subir sans le moindre geste de douleur l'extraction d'une dent. Nous avons pu nous assurer en dehors du cabinet du dentiste de l'impression qu'elle avait ressentie, et constater de son propre aveu l'insensibilité parfaite pendant l'opération.

Depuis, il nous a été donné de voir d'autres sujets aussi heureusement délivrés de la douleur.

M. Jacowski se sert d'un compresseur très-simple.

Voici en quoi il consiste : une lame d'acier élastique, courbée en cercle, à la façon des ressorts anglais destinés à la réduction des hernies, est munie, aux deux extrêmes de l'arc qu'elle représente, de deux renflements en ivoire ou en métal, de forme olivaire ou aplatie. Ce compresseur élastique passe en travers, derrière la tête ; les deux renflements sont appliqués, introduits dans les conduits auditifs, ou, mieux encore, appliqués derrière les branches de la mâchoire, en avant de l'oreille.

Que se passe-t-il alors ? La compression ne peut porter ainsi directement sur les nerfs maxillaires, leur disposition anatomique s'y oppose. Entre l'articulation temporo-maxillaire et l'antitragus se trouve le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur. Est-ce à la pression exercée sur cette branche qu'est due l'insensibilité produite ? ou bien la compression du conduit auditif vient-elle jeter à son tour quelques troubles par l'assourdissement qu'elle détermine ? Nous ne chercherons pas à donner l'explication des phénomènes qui se produisent. Pour nous le fait est avéré, il s'est montré à nous dans toute sa simplicité ; et en attendant que la cause de cette insensibilité soit bien établie, nous croyons devoir recommander à nos confrères l'expérimentation d'un procédé qui peut épargner des douleurs toujours très-vives.

— Le moyen que signale M. le docteur Moreau ne nous paraît pas nécessiter l'emploi d'un appareil, car le malade peut exercer lui-même la compression, en

appliquant l'extrémité des doigts sur le point indiqué, pendant l'extraction de la dent.

Par décision du 15 juillet, l'inspection médicale du corps de santé de l'armée aura lieu, en 1858, dans l'intérieur, en Algérie et en Italie, conformément aux indications suivantes :

1er *arrondissement.* — M. Vaillant, médecin inspecteur, président du Conseil de santé des armées. Les 10e, 11e, 12e, 13e et 14e divisions militaires, moins l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains.

2e *arrondissement.* — M. Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. Les 15e, 18, 19e et 21e divisions militaires. L'hôpital du Val-de-Grâce et son école. L'Ecole de Strasbourg. Les hôpitaux thermaux de Bourbonne et d'Amélie-les-Bains.

3e *arrondissement.* — M. Maillot, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. Les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires, moins l'Ecole de Strasbourg et l'hôpital thermal de Bourbonne.

4e *arrondissement.* — M. Scrive, médecin inspecteur. Les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires, moins l'hôpital du Val de-Grâce et son école.

5e *arrondissement.* — M. Larrey, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger. La division d'Oran. L'Italie.

6e *arrondissement.* — M. Hutin, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. Les 8e, 9e et 20e divisions militaires.

7e *arrondissement.* — M. Ceccaldi, médecin inspecteur. La 17e division militaire. La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger. La division de Constantine.

La Société des sciences de la Moselle met au concours pour l'année 1859 les questions suivantes : 1º Faire l'histoire des maladies déterminées par l'une des industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.); 2º Du régime diététique dans les maladies chirurgicales graves, et spécialement après les grandes opérations ; 3º Comparer les différents modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu, et déterminer par des faits cliniques celui qui doit généralement être préféré. — Chaque prix consistera en une médaille d'or. Les Mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à la bibliothèque, à Metz, avant le 1er avril 1859.

Une distinction honorable est venue surprendre aux Eaux-Bonnes notre savant confrère, M. René Briau. Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique lui annonce que S. M. le roi Othon vient de le nommer officier de l'ordre royal du Sauveur.

Le docteur Desmares a reçu de S. M. la reine d'Espagne la décoration de commandeur de première classe d'Isabelle la Catholique.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'élément *spécificité* en thérapeutique.

Par le professeur Forget.

Tous les jours vous entendez parler de maladies spécifiques, de remèdes spécifiques; il est bon de savoir ce qu'on doit entendre par ces mots et surtout de déterminer leur valeur en application.

Le mot *spécifique* implique l'idée d'espèce (*species*); sous ce rapport il est grammaticalement synonyme du mot *spécial*, dont la racine est la même. Cependant, on est convenu d'entendre par le mot *spécial* de simples nuances ou modifications d'un même objet, tandis que le mot *spécifique* exprime un objet essentiellement et radicalement différent des autres. Il faut convenir pourtant que dans le langage usuel on fait souvent confusion entre ces deux mots.

La spécificité s'appliquant à deux ordres d'objets distincts, la maladie et le remède, nous l'envisagerons séparément et successivement sous ces deux points de vue, et sous les titres de *spécificité morbide* et de *spécificité thérapeutique*, toujours dans leurs rapports avec la pratique.

§ I. *De la spécificité morbide.* — En quoi consiste la spécificité d'une maladie? Question à laquelle bien peu de praticiens seraient en mesure de répondre; d'abord, parce que l'idée de spécificité est aussi obscure et aussi variable que les doctrines et les systèmes dont elle est l'expression, et ensuite, parce qu'en effet la spécificité peut être de plusieurs espèces, ou plutôt peut se révéler par des caractères différents. Ainsi l'on reconnaît des spécificités *étiologiques*, des spécificités *symptomatiques*, et même des spécificités *curatives*. Tel est l'ordre dans lequel nous allons procéder.

1° La spécificité *étiologique* est celle qui dérive de la cause déterminante; c'est la plus ordinaire et celle à laquelle on fait le plus souvent allusion, quand il est question de maladies spécifiques.

Parmi les affections d'origine spécifique, les plus répandues sont les fièvres dites essentielles, et parmi celles-ci, les fièvres dites continues, qui, pour la plupart au moins, se résument dans la fièvre typhoïde ou l'entérite follieuleuse. Bien peu de praticiens aujourd'hui doutent que la fièvre typhoïde ne soit le produit d'une intoxication sanguine, de l'inhalation d'un principe extérieur, d'un miasme spécial ou spécifique.

L'origine miasmatique est bien moins douteuse pour le typhus qui se produit, pour ainsi dire, à coup sûr, par le fait des agglomé-

rations d'hommes; ce qui a fait dire que l'homme est pour lui-même un poison.

Les autres affections graves comprises assez rationnellement sous la rubrique de typhus, la peste, la fièvre jaune, le choléra de l'Inde, etc., reconnaissent également des causes vénéneuses extérieures, spécifiques, probablement pour chacune d'elles.

Les fièvres et autres affections paludéennes résultent plus manifestement encore d'une cause spécifique, l'effluve marécageuse.

La plupart des fièvres éruptives naissent d'un principe contagieux particulier à chacune d'elles; ce sont des maladies spécifiques par excellence.

Indépendamment de ces groupes morbides principaux, il est quantité d'autres affections accidentelles réputées également spécifiques : telles sont la syphilis, la morve et le farcin; telles sont la pustule maligne, la rage, etc.

Sous l'influence de ce qu'on appelle le *génie épidémique*, une foule de maladies peuvent revêtir un caractère spécifique : telles sont particulièrement la grippe, la coqueluche, le croup, la dyssenterie, la méningite, la fièvre puerpérale, etc.

Les affections vermineuses ne sont-elles pas aussi réputées spécifiques? Il en est de même de la plupart des empoisonnements proprement dits, dont la chimie fournit les antidotes spéciaux.

Ne sont-ce pas aussi des affections spécifiques que l'infection purulente, l'infection putride à foyers internes stercoraux, gangréneux ou autres? que les cachexies tuberculeuses, cancéreuses, mélaniques? que ces discrasies appelées aglobulie (chlorose), albuminurie, cholémie (affections bilieuses), urémie?

N'est-on pas convenu de considérer comme spécifiques les diathèses dites scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, scorbutique, etc.?

Enfin, les maladies même les plus simples pourraient à la rigueur entrer, elles aussi, dans la catégorie des affections spécifiques, si l'on considère qu'on ne les produit pas toujours à volonté, qu'elles se produisent ou ne se produisent pas sous l'influence des mêmes causes ou de causes très-diverses, etc. Ce qui fait supposer dans chaque individu des conditions particulières, une diathèse spéciale ou spécifique [1].

2° Il existe, avons-nous dit, des spécificités *symptomatologiques*. Ce sont elles, précisément, qui peuplent le domaine nosographique. Ainsi, parmi les affections du système nerveux dites névroses, les

---

[1] *De l'élément* diathèse *dans les maladies* (Gazette des hôpitaux, 1855).

formes dites épilepsie, tétanos, chorée, hystérie, etc., constituent bien des individualités morbides toutes particulières. Parmi les inflammations il existe également des formes dites spécifiques : telles sont les inflammations pseudo-membraneuses, ulcéreuses, gangréneuses, etc., la plupart des exanthèmes aigus et chroniques sont réputés spécifiques : l'érysipèle diffère essentiellement de la scarlatine, la variole de la miliaire, l'eczéma du psoriasis, le favus de l'acné, etc.

Aux spécificités symptomatiques nous rattachons, pour plus de simplicité, les spécificités de *marche* et de *terminaisons*. Ainsi les affections intermittentes diffèrent essentiellement des affections continues. Certaines maladies sont aiguës, d'autres chroniques de leur nature. Certaines inflammations marchent rapidement et fatalement à la suppuration ; la phthisie galopante a des allures qui lui sont propres ; les affections, dites malignes ou pernicieuses, ont une physionomie toute particulière à chacune d'elles. Il est vrai que les spécificités symptomatiques dérivent presque toujours, rationnellement du moins, des spécificités étiologiques, la cause particulière imprimant son cachet spécial à l'effet particulier ; mais souvent aussi la cause nous échappe.

3° Enfin il est des spécificités *curatives*. Ainsi, étant données plusieurs maladies semblables en apparence, chacune pourra résister ou céder à des médications toutes différentes, ce qu'on ne peut expliquer que par une diathèse spéciale, un état spécifique, en un mot.

On voit que nous faisons la part aussi large que possible à l'élément *spécificité morbide*, puisque nous lui subordonnons la pathologie presque tout entière. Telle est, en effet, la tendance de notre époque, et, tout en faisant nos réserves à l'endroit de ce que cette doctrine peut contenir d'exagéré, de litigieux et d'erroné, nous convenons qu'elle a pour elle le raisonnement et les faits, surtout si l'on ne veut pas argutier sur la valeur du mot *spécifique* comparé à son quasi-synonyme le mot *spécial*. En effet, il est un axiome universellement admis en pathologie, c'est qu'il n'est peut-être pas deux cas de la même maladie qui se ressemblent exactement tout à la fois par la cause, les symptômes, la marche, la durée, les terminaisons et les effets thérapeutiques ; dès lors libre à chacun de considérer les différences, quelque minimes qu'elles soient, comme la preuve et le cachet de la spécificité confondue alors avec la spécialité. Et c'est une licence dont on use largement aujourd'hui.

§ II. *De la spécificité thérapeutique.* — Ceci bien établi et convenu, nous avons à rechercher de quelle utilité peut être, en méde-

cine pratique, l'admission de ces nombreuses et diverses spécificités morbides; et pour ne pas nous égarer dans des généralités vaporeuses et stériles, nous allons prendre successivement les principales individualités nosologiques réputées spécifiques. Nous les étudierons dans leurs rapports avec la thérapeutique appliquée.

En tête des maladies spécifiques, nous avons placé les fièvres essentielles continues, représentées par la fièvre typhoïde, laquelle est attribuée universellement à un principe septique ou putride, qui infecte le sang, et d'où dérivent les phénomènes principaux de la maladie. Je ne veux point examiner ici jusqu'à quel point cette étiologie est fondée, en tant qu'applicable à tous les cas. Je ne veux pas voir si les théoriciens sont d'accord sur l'essence et la source de ce principe septique, que, selon les besoins de la cause, ils font provenir, tantôt du dehors, tantôt du dedans, et tantôt de ces deux origines à la fois; j'admets le fait dans toute son extension. Quelles en sont les conséquences pratiques? De tous les traitements de la fièvre typhoïde, les plus malheureux peut-être sont ceux-là même qu'on a déduits du système de la septicémie. Le quinquina, le camphre, les chlorures, en tant qu'antiseptiques et désinfectants, n'ont pu supporter l'épreuve de l'expérimentation répétée. Les purgatifs eux-mêmes, qui d'ailleurs reposent sur l'idée de gastricité, d'état bilieux, plutôt que sur celle de septicémie, les purgatifs, comme méthode exclusive et à outrance, ne sont et ne seront jamais, en dépit des prédications de certains fanatiques, acceptés par la majorité des praticiens sages. Il est vrai qu'aucune des méthodes curatives usitées aujourd'hui n'est en droit de s'attribuer la suprématie. Mais toujours est-il que les nouvelles médications journellement proposées le sont, pour la plupart, dans des vues purement empiriques et sans relation avec la septicémie, et que les remèdes qui prétendent au titre d'*antiseptiques* peuvent être interprétés tout différemment. Ainsi les mercuriaux, les iodés, le sous-nitrate de bismuth, le chlorate de potasse, l'eau froide, qui sont les derniers en date, prétendent guérir sans trop oser dire comment, et le fait est que les praticiens expérimentés, c'est-à-dire désabusés, se rabattent, en désespoir de cause, sur la thérapeutique des éléments, et se bornent à combattre les symptômes prédominants, alors qu'ils ne se résignent pas à l'expectation pure et simple, c'est-à-dire à la méthode tempérante. Donc, en fait, la doctrine de la spécificité ne profite en rien à la thérapeutique des fièvres continues, si ce n'est à titre d'élément hygiénique, c'est-à-dire banal, applicable à la généralité des maladies, qui, toutes, réclament la pureté

de l'air ambiant, la propreté individuelle, la liberté des excrétions, etc.

Ces considérations ne sont pas moins applicables au typhus où le principe spécifique est flagrant. L'aération, la dissémination des malades, l'émigration sont de purs moyens préventifs et palliatifs, tout comme la suppression des aliments dans la diarrhée. La preuve qu'à la nature seule appartient la neutralisation du poison spécifique introduit dans l'économie, c'est que le typhus guérit au sein même du foyer d'infection, et par les secours médicaux les plus simples, ce qui rend au moins suspectes ces méthodes ambitieuses qui ont la prétention de s'adresser au principe du mal.

Les autres typhus exotiques rentrent sous les mêmes lois fondamentales, et ce qu'il y a de certain, c'est que personne jusqu'à ce jour n'a découvert le spécifique de la fièvre jaune, de la peste et du choléra ; d'où il résulte qu'avec un peu de philosophie médicale, il est facile de prévoir que le fameux prix Bréant restera longtemps à l'état de lettre morte.

Les fièvres paludéennes sont le triomphe, le palladium et l'inévitable argument des spécificités morbide et thérapeutique. Car, ici, non-seulement le principe spécifique est flagrant, mais encore nous tenons dans la main le vrai remède spécifique, le quinquina. Nous ne voulons point arguer des échecs assez fréquents du quinquina, de ses contre-indications, des accidents qu'il peut produire, et des nombreux succédanés qu'on a prétendu lui donner ; toutes circonstances qui altèrent un peu ses caractères de spécifique pur ; nous l'acceptons comme le type, c'est-à-dire comme le meilleur ou le moins infidèle de nos spécifiques.

Seulement, nous ajouterons que si le quinquina est une conquête providentielle pour les fébricitants paludéens, peut-être est-il un malheur pour d'autres malades ; car, sous prétexte que nous possédons le quinquina pour la fièvre paludéenne, on s'évertue à chercher un spécifique équivalent pour toutes les autres maladies, et souvent au grand détriment des sujets en expérimentation, qui gagneraient à être traités tout simplement par les moyens classiques ou vulgaires.

Autre chose : étant donné le quinquina comme le spécifique des effluves marécageuses, aussitôt qu'une maladie paraît être le produit de quelque émanation analogue, on se figure que le quinquina doit la guérir. Nous avons passé par ces épreuves pour la fièvre typhoïde, pour le typhus, pour la fièvre jaune, pour la peste, pour le choléra, pour nombre de maladies graves épidémi-

ques, pour la méningite cérébro-spinale, pour la fièvre puerpérale, pour la miliaire, etc. N'a-t-on pas imaginé dernièrement que la grippe étant le produit probable d'un miasme atmosphérique, le quinquina la guérissait à merveille, comme si la grippe ne guérissait pas toute seule, ou bien par ou malgré une foule de traitements.

Autre chose encore : quelle que soit la maladie qui se produise sous le règne de l'élément paludéen, cette maladie doit avoir pour remède unique le quinquina. Quelques médecins d'Afrique ont affirmé que tel était le remède souverain de la dyssenterie et de l'hépatite en Algérie. Telle est, en effet, notre facilité à nous leurrer nous-mêmes, que les probabilités, pour nous, se transforment aussitôt en certitude, et que les remèdes guérissent uniquement parce qu'il nous semble qu'ils doivent guérir : *possunt quia posse videntur*. Préjugés, illusions fatales, qui nous font totalement perdre de vue les principes les plus élémentaires ! Ainsi l'on oublie que par cela même qu'un miasme produit une maladie spéciale, il doit différer de celui qui produit d'autres maladies. Il est évident que le miasme de la fièvre typhoïde ne doit pas être le même que celui du typhus, et qu'il existe des miasmes particuliers pour chacune des affections miasmatiques particulières : fièvre jaune, peste, choléra, dyssenterie, etc. On oublie que plusieurs éléments divers peuvent entrer dans la constitution des maladies naissant sous l'empire de la même cause, et que l'élément inflammatoire de la dyssenterie et de l'hépatite africaines réclame essentiellement sa part dans la somme des indications, sans préjudice de l'indication paludéenne.

Les fièvres éruptives aussi sont éminemment spécifiques. Or, franchement, quelle part faisons-nous à l'élément spécifique dans le traitement de la variole, de la scarlatine, de la rougeole ? Nous traitons, en toute liberté de conscience, les éléments *réaction fébrile, éruption* et autres, sans nous préoccuper du virus et de sa nature, parce que nous savons qu'ici encore la solution se fera d'elle-même et n'a besoin que d'être surveillée. Mais alors pourquoi donc cet acharnement à chercher le spécifique de cette autre maladie qu'on aime tant à comparer à la variole, l'entérite folliculeuse ? Si l'analogie est si grande entre ces deux maladies, pourquoi ne pas les traiter de la même manière ?

Si le prétendu virus, en tant que cause spécifique, a tant d'importance, pourquoi vous évertuer, comme vous le faites, à supprimer l'éruption prétendue dépuratoire de la variole, au moyen de l'em-

plâtre de Vigo, du collodion, voire même des cautérisations, des lotions froides, etc., au risque d'enfermer, comme on dit, le loup dans la bergerie ? En vérité, je vous le dis, l'esprit de l'homme en général, et l'esprit médical en particulier, sont un tissu d'inconséquences et de contradictions.

Voici venir la syphilis, cette autre colonne des spécificités morbide et thérapeutique. En songeant à la foi robuste que si longtemps on a témoignée en faveur du mercure, on est tout surpris de voir les restrictions et les suspicions importées par les modernes dans cette héroïque médication. Et d'abord la syphilis aiguë, primitive, guérit aujourd'hui sans mercure ; bien plus, elle exclut le mercure comme plus dangereux qu'utile. Quant à la syphilis chronique ou constitutionnelle, voilà qu'elle incombe à l'iodure de potassium qui, sur ce terrain, prétend détrôner le mercure. Ce n'est pas tout, ce pauvre mercure ne prévient pas toujours les accidents consécutifs, il peut même créer, *per se*, des accidents que l'on peut confondre avec ceux de la syphilis... Voilà, vous en conviendrez, un spécifique bien malade et réduit à une puissance bien précaire. Or, voici que pour l'achever, un homme qu'on n'accusera pas de tiédeur pour la doctrine des spécifiques, M. Trousseau, s'est oublié à dire du mercure : «Peut-être ne guérit-il si bien les phlegmasies syphilitiques que parce qu'il a la propriété de modifier puissamment l'état général de l'organisme, et par suite l'état local, et non par une vertu spécifique fort contestable. » (*Mémoire sur la phthisie laryngée*, p. 229.) Le fait est que le mercure, qui ne guérit pas toutes les syphilis, est, d'autre part, indiqué dans bien d'autres affections que la syphilis.

Il est trop avéré que nous sommes impuissants contre la morve et le farcin ; que la pustule maligne n'admet que des remèdes locaux, et que cette formidable affection, la rage, a trompé, sans les détruire, les espérances de tous les chercheurs de spécifiques. Ce n'est pas une raison absolue pour ne pas chercher encore des remèdes à ces fatales maladies, mais c'en est une pour ne pas se faire illusion sur les prétendus spécifiques qui se produisent tous les jours.

L'élément spécifique *épidémie* imprime, dit-on, aux affections de toute nature, un cachet particulier, qui peut modifier radicalement leur essence ; mais, en y regardant de près, on reconnaît qu'en fait le traitement des maladies épidémiques ne diffère pas autant qu'on se plaît à le dire du traitement de ces mêmes maladies dans l'ordre sporadique. Fasciné par une malheureuse sentence de ce grand

charlatan de Sydenham [1], on répète sérieusement avec lui que c'est affaire de tâtonnement, jusqu'à ce qu'on ait trouvé le remède convenable. Préjugé que tout cela ; car Sydenham lui-même traitait, au fond, de la même manière, toutes les prétendues constitutions médicales que personne n'a retrouvées depuis. J'adjure les praticiens éclairés et sincères de nous dire s'ils n'ont pas recours à la même série de moyens dans tous les cas semblables, qu'il y ait ou non épidémie, qu'il s'agisse de fièvres continues, paludéennes, éruptives ; qu'il s'agisse de grippe, de coqueluche, de croup, de dyssenterie, de méningite, de fièvre puerpérale. Ce tâtonnement dont vous parlez, et dont vous n'usez guère, n'existe-t-il pas aussi bien pour les cas sporadiques ? Guérissez-vous toujours la même maladie par les mêmes remèdes ? Savez-vous ce qu'il y a de particulier dans les épidémies qui doive vous guider, qui vous guide à votre insu, abstraction faite de la cause spécifique ? Ce sont les éléments morbides particuliers, absolument d'ailleurs comme dans l'état sporadique. Dans tous les cas, ce sont des effets que vous signalez et que vous traitez, sans trop vous préoccuper de la cause. Remarquez bien, je vous prie, que dans les épidémies chaque praticien a sa méthode, qu'il croit fermement la meilleure ; voyez les luttes ardentes qui ne manquent pas de surgir à ces occasions. Remarquez, enfin, le consentement tacite avec lequel, de guerre lasse, les praticiens se résignent finalement à traiter les longues épidémies par les moyens purement classiques, c'est-à-dire selon les phénomènes culminants.

J'ai parlé de fièvre puerpérale ; or, une grande leçon partie du sénat médical, de l'Académie, vient, tout récemment, de rappeler les praticiens à la raison, et de prêter un appui solennel à nos doctrines ; d'illustres professeurs, d'éminents praticiens, ayant nom : Cruveilhier, Paul Dubois, Trousseau, Piorry, Guérard, Depaul, Danyau et autres, sont venus déclarer unanimement que, si la spécificité puerpérale n'est pas un mythe, c'est au moins une inconnue

---

[1] Ce n'est pas d'aujourd'hui, et pour les besoins de la cause actuelle, que nous avons formulé ce jugement sévère. Il y a quinze ans que, dans une sérieuse étude bibliographique sur Sydenham, nous nous exprimions en ces termes : « Il nous paraît avéré que cet habile homme savait exploiter l'empire des mots sur les idées, et qu'il connaissait la puissance du style sentencieux ; comme lorsqu'il prétend qu'au changement de ces constitutions médicales qu'il a rêvées, ses premiers malades couraient de grands risques, avant qu'il eût découvert la véritable méthode du traitement. Le mot est dur, mais il relève de l'histoire : Sydenham fut un charlatan... » (Gazette des hôpitaux, 22 février 1844. *Huitième lettre sur la thérapeutique.*)

qu'il est insensé de vouloir conjurer directement, tant, à cet égard, notre impuissance est démontrée; et que ce qu'il y a de mieux à faire en pareil cas, c'est, après l'aération, d'étudier la physionomie si variable de cette affection multiforme et complexe, et d'approprier les moyens aux éléments constitutifs de chaque fait en particulier. Eh bien! tel est le principe qui doit régir le traitement de toutes les graves épidémies, qu'elles s'appellent typhus, choléra, méningite, etc.; car partout nous échappent les causes premières, toujours nous en sommes réduits à combattre des effets [1].

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la valeur de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, appliquée au traitement de la surdité nerveuse.

Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

Il y a bientôt huit ans, me proposant de rechercher, au moyen de la faradisation localisée, quelles sont les propriétés physiologiques de la corde du tympan, je fis d'abord quelques expériences sur moi-même [2]. Après avoir constaté qu'elles n'occasionnaient pas de douleurs et qu'elles n'exposaient à aucun danger, je voulus les répéter sur d'autres personnes; mais j'en trouvai peu qui voulussent bien s'y prêter.

Je songeai alors à faire ces expériences sur des sourds, dans le double but de tenter leur guérison, et en même temps d'en tirer parti, à mon point de vue purement scientifique.

De prime abord, j'avais pensé que cette excitation profonde de l'oreille, produite par le procédé de faradisation que j'avais institué pour mes recherches électro-physiologiques, pouvait être utile dans le traitement de la surdité nerveuse, bien que je n'en connusse pas encore le mode d'action physiologique, et qu'il me fût, en conséquence, impossible d'en tirer la moindre déduction thérapeutique rationnelle. Ces prévisions ont été pleinement justifiées, après

(1) *Examen de la doctrine des constitutions épidémiques.* (Gazette médicale de Strasbourg, 1843.)

(2) Les résultats de ces recherches ont été exposés dans un mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les propriétés de la corde du tympan.* (Archives générales de médecine, 1851.)

plusieurs années d'expériences, par les faits que j'ai exposés en 1855 dans mon traité d'électrisation (1). Ces faits, quoique très-authentiques et rigoureusement observés, n'ont cependant pas porté la conviction dans tous les esprits. C'est ainsi que ceux-là même qui pouvaient tirer le plus grand parti de la connaissance de ces recherches (quolques médecins auristes) nient aujourd'hui encore l'action thérapeutique de toute oxcitation électrique sur la surdité nerveuse. Ne mettant nullement en doute la bonne foi de mes savants contradicteurs, il m'a été démontré par là que peut-être mes recherches avaient été insuffisantes. C'est pourquoi je les ai continuées.

Je viens dans ce mémoire faire connaître les résultats de ces nouvelles recherches, en présence desquelles le doute n'est plus permis.

Les nouveaux faits que j'ai à produire seraient empiriques, que la question pratique n'en serait pas moins jugée. Néanmoins, il me paraît convenable de procéder plus scientifiquement, en cherchant à expliquer, autant que possible, l'action physiologique du procédé d'électrisation appliqué à ce genre de recherches électro-thérapeutiques.

Je me propose : 1° d'étudier l'action physiologique du procédé de faradisation que j'ai appliqué expérimentalement à la cure de la surdité nerveuse; 2° d'exposer les nouveaux faits qui démontrent la valeur réelle de ce modo de traitement; 3° de rechercher s'il existe un signe pronostique pathognomonique do la surdité nerveuse.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU PROCÉDÉ DE FARADISATION LOCALISÉE QUE J'AI INSTITUÉ ET APPLIQUÉ AU TRAITEMENT DE LA SURDITÉ NERVEUSE.

Procédé opératoire. — Voici ce procédé, tel qu'il a été décrit en 1851 dans mon mémoire sur la corde du tympan. La tête est inclinée de manière à placer le conduit auditif externe dans une direction perpendiculaire, comme dans la figure 1.

On injecte dans ce conduit une quantité d'eau suffisante pour en remplir la première moitié, et l'on plongo dans ce liquide un fil métallique, en évitant de le mettre en contact avec la membrane du tympan ou avec les parois du conduit auditif.

Ce contact, que produit le plus léger mouvement de la tête ou de la main qui tient le réophore auriculaire, cause une vive douleur au moment du passage du courant. Pour ne pas y exposer le pa-

(1) *De l'électrisation localisée, et de l'application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique* : Surdité, p. 807.

tient, j'ai fait construire par M. Charrière un réophore auriculaire (C, fig. 1), où le fil métallique conducteur (D) est isolé par une enveloppe en ivoire (E) et ne peut pénétrer jusqu'à la membrane du tympan (I). Après avoir attendu que l'espèce de bourdonnement produit par l'impression du liquide sur la membrane du tympan ait disparu, on met le réophore auriculaire en rapport avec un des conducteurs d'un appareil d'induction, et on ferme le circuit en plaçant sur l'apophyse mastoïde l'autre réophore humide, qui lui-même communique avec le second conducteur de cet appareil.

Fig. 1.

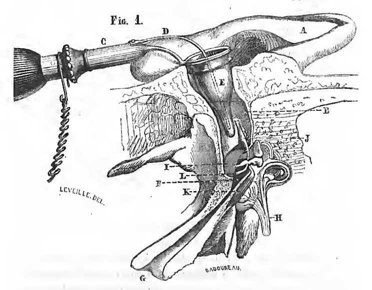


Fig. 1. — A, pavillon de l'oreille ; B, conduit auditif externe dans lequel plonge l'excitateur auriculaire C ; D, fil conducteur de l'excitateur auriculaire, isolé par un tube en ivoire E, qui plonge dans le conduit auditif externe rempli de liquide dans sa première moitié ; F, cavité tympanique, contenant les osselets ; G, trompe d'Eustache ; H, oreille interne ou labyrinthe, dont les canaux sont ouverts de manière à laisser voir le nerf acoustique et ses divisions; I, moitié inférieure de la membrane du tympan tenant au manche du marteau ; J, muscle externe du marteau ; K, muscle interne du marteau ; L, tendon du muscle antérieur du marteau.

L'appareil d'induction qui sert à cette expérience est approprié à la délicatesse de l'organe sur lequel on agit, c'est-à-dire que le minimum de sa puissance doit être à peine appréciable, lorsqu'on applique les excitateurs métalliques sur l'extrémité de la langue, et qu'il doit pouvoir se graduer avec précision et sur une échelle d'une grande étendue.

Phénomènes électro-physiologiques.— Je vais exposer la série des

phénomènes électro-physiologiques que j'ai observés, chaque fois que je me suis soumis à l'expérience précédente, et que j'ai vus se reproduire, en général, chez les sujets sur lesquels je l'ai répétée.

Le réophore étant placé dans mon conduit auditif préalablement rempli d'eau dans sa première moitié, et l'appareil étant à son minimum, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, je perçus, à l'instant même où eut lieu l'intermittence du courant, un petit bruit sec, parcheminé, un craquement que je rapportai très-nettement au fond du conduit auditif externe. Les intermittences ayant été pratiquées avec une extrême rapidité, ces bruits se rapprochèrent au point d'imiter une crépitation ou le bruit produit par les battements des ailes d'une mouche qui vole entre une vitre et un rideau. L'intensité des petits bruits que je viens de décrire augmenta en raison directe de la force du courant. — Aux phénomènes d'audition s'ajouta une sensation de chatouillement dans le fond de l'oreille, à un faible degré d'excitation, sensation qui devint de plus en plus vive, en raison directe de l'augmentation du courant. Cette sensation était parfaitement limitée au point où le son paraissait naître. Après un certain temps d'excitation et à un certain degré de tension du courant, j'éprouvai très-nettement un chatouillement dans le côté droit de la langue, à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen. Elevant encore graduellement la force du courant, je sentis le chatouillement gagner progressivement la pointe de la langue, où j'éprouvais alors un engourdissement et un picotement désagréable, qui n'alla pas jusqu'à la douleur.

L'opération dont je viens de décrire les effets est souvent suivie d'un engourdissement et quelquefois d'une hypersthésie des deux tiers antérieurs du bord de la langue, qui persistent assez longtemps. Il m'a paru aussi que ma langue était plus sèche et comme râpeuse, du côté opéré.

Tels sont les phénomènes qui frappèrent d'abord mon attention, et qui m'ont été signalés, à peu près dans l'ordre que je viens d'indiquer, par les sujets que j'ai soumis à cette expérience.

Mais il me reste à faire connaître un phénomène d'une haute importance, qui se manifeste assez souvent, quand l'excitation est suffisamment énergique : c'est la production d'une *sensation gustative* spéciale. Ce phénomène est le dernier qui ait attiré mon attention, parce qu'il est masqué sans doute par la sensation de chatouillement ou de picotement qui l'accompagne. Aussi passerait-il presque toujours inaperçu, si l'expérimentateur ne s'en préoccupait pas. Bien que la sensation gustative soit peu prononcée, on la distingue ce-

pendant parfaitement, et, pour mon compte, je l'ai ressentie si nettement que je puis la comparer à une sensation métallique.

Enfin, quelques sujets perçoivent, à chaque intermittence, une sensation lumineuse (le phosphène électrique), du côté excité.

Je me réserve d'examiner par la suite l'action de l'excitation électrique de la corde du tympan sur la sécrétion salivaire chez l'homme.

Analyse des phénomènes électro-physiologiques précédents. — *a. Perception d'un son.* — Le bruit sec, parcheminé, perçu dans le fond du conduit auditif, au moment de chaque intermittence du courant d'induction, est produit par l'ébranlement des parties profondes de l'oreille (des osselets, des membranes du tympan et de la fenêtre ovale).

On pourrait supposer, il est vrai, que ce bruit reconnaît pour cause l'excitation directe du nerf acoustique. Mais il suffit de se rappeler les conditions anatomiques de la région sur laquelle on opère, pour comprendre que ce nerf, enfermé dans son rocher, est inaccessible à cette excitation directe. En effet, la membrane du tympan n'est reliée à la paroi interne de la caisse ou à la membrane de la fenêtre ovale, dont elle est distante de 4 à 5 millimètres, que par la chaîne des osselets qui sont mauvais conducteurs du courant électrique. Il faudrait que ce courant fût infiniment plus intense que celui qui a été employé dans mon expérience, pour qu'il arrivât jusqu'à l'oreille interne. Admettant même que, dans ce cas, le nerf acoustique ait reçu directement l'excitation électrique, il resterait encore à démontrer que cette excitation peut produire un son, indépendamment de tout mouvement vibratoire.

Mais qu'est-il besoin de cette hypothèse invraisemblable, quand l'ébranlement de la chaîne des osselets et des membranes auxquelles aboutissent les extrémités de cette chaîne rend suffisamment compte de la production du son. — Il n'est pas douteux que cet ébranlement ait lieu dans le cas dont il s'agit. Je l'ai constaté sur plusieurs animaux chez lesquels j'ai répété cette même expérience, après avoir mis à découvert l'oreille moyenne. (Je reviendrai sur cette expérience dans un autre travail, où je me propose d'exposer l'action propre des muscles moteurs des osselets.) Cet ébranlement est provoqué par la contraction d'un ou de plusieurs des muscles moteurs des osselets. L'on ne comprendrait pas que, chez l'homme, cette contraction musculaire n'eût pas lieu par ce procédé de faradisation de l'oreille, car le muscle externe du marteau qui, on le sait, est situé dans la partie supérieure du conduit auriculaire (J, fig. 1), se trouve en contact avec le liquide dans lequel plonge le réophore.

On objectera peut-être qu'il est des anatomistes qui n'admettent pas l'existence de ce muscle, mais il en est d'autres aussi qui professent une opinion contraire ([1]). D'ailleurs, l'existence constante de l'apophyse courte du marteau, qui est évidemment destinée à recevoir le tendon du muscle externe du marteau, ne suffit-elle pas pour démontrer que l'absence de ce muscle ne peut être qu'une anomalie?

Le muscle externe du marteau est-il le seul qui, dans cette expérience, entre en contraction? Le courant atteint-il aussi les muscles interne (K) et antérieur (L) du marteau? L'examen de cette question m'entraînerait trop loin et ne serait d'aucune utilité. Il me suffit d'avoir établi qu'une contraction musculaire met en mouvement le marteau, et conséquemment toute la chaîne des osselets et les membranes auxquelles se fixent les extrémités de cette dernière, pour expliquer l'espèce de craquement perçu par le sujet soumis à l'expérience.

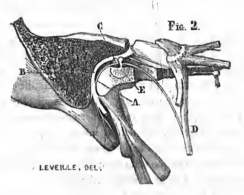


Fig. 2. — A, corde du tympan se séparant du nerf facial B un peu au-dessus du trou stylo-mastoïdien, remontant dans la cavité tympanique, accolée à la membrane du tympan dans le point C, avant de passer entre l'enclume et le marteau, s'accolant au nerf lingual D après sa sortie de la caisse du tympan; E, moitié inférieure de la membrane du tympan.

Je dois signaler ici un fait physique qui est la conséquence du mouvement imprimé à la membrane de la fenêtre ovale, c'est l'agitation du liquide labyrinthique et conséquemment du nerf acoustique (H, fig. 1) qui plonge dans ce liquide. On verra bientôt que ce phénomène joue probablement le rôle le plus important dans la question thérapeutique qui est le sujet principal de cette note.

b. Excitation de la sensibilité générale et gustative de la langue. — Les rapports de la corde du tympan avec la membrane du tym-

([1]) M. L. Hirshfeld m'autorise à déclarer que, dans ses dissections, il a constamment constaté l'existence du muscle externe du marteau.

pan démontrent que ce nerf est nécessairement excité dans l'expérience que j'ai à analyser.

On sait que la corde du tympan A, fig. 2, se détache de la septième paire B, un peu avant sa sortie du trou stylo-mastoïdien; qu'elle remonte ensuite, par un canal particulier, vers la cavité tympanique, dans laquelle elle pénètre par un orifice situé au niveau de l'extrémité postérieure du diamètre transverse de l'encadrement de la membrane du tympan; qu'elle est accolée à cette membrane, dans le point C, avant de passer entre la branche verticale de l'enclume et le manche du marteau; enfin, que, après sa sortie de la caisse par la scissure de Glaser, elle va s'anastomoser avec le nerf lingual D, auquel elle s'accole en allant se ramifier dans les deux tiers antérieurs de la langue. Avec ces données anatomiques, on comprend que le réophore plongeant dans le liquide qui remplit le conduit auditif externe doit conduire l'excitation jusqu'à la corde du tympan qui se trouve en rapport immédiat avec la membrane du tympan.

C'est l'excitation de la corde du tympan qui produit l'engourdissement, le fourmillement, etc., ressentis dans la langue du côté opéré, car cette sensation se fait sentir exactement dans le point où ce nerf immerge dans la langue, après s'être anastomosé avec le lingual, pour se propager ensuite jusqu'à l'extrémité de cet organe.

Le nerf lingual jouit, il est vrai, de propriétés analogues, et l'on pourrait m'objecter que la corde du tympan conduit le courant jusqu'à lui. Mais comme cette anastomose se fait 3 à 4 centimètres au-dessous du point excité, il est impossible que le courant, à un degré d'intensité aussi faible, pénètre jusqu'au nerf lingual. D'un autre côté, personne ne conteste que cette anastomose n'est qu'un simple accolement. La corde du tympan peut même être séparée du nerf lingual, comme dans la figure 3. Il en résulte donc que la corde du tympan peut être excitée indépendamment du nerf lingual.

Quant au nerf de Jacobson A, fig. 3 (rameau du glosso-pharyngien qui constitue le plexus tympanique, et qui rampe contre la paroi postérieure de la caisse), quant au grand et petit pétreux (G et F), je doute que l'excitation puisse arriver jusqu'à eux, même par un courant intense (qui ne saurait être appliqué sans danger dans cette région). — D'ailleurs, si le courant pénétrait jusqu'à ces nerfs, l'excitation s'en manifesterait dans d'autres organes que la langue, par exemple dans le voile du palais, que l'on verrait se mouvoir; ce qui n'a pas lieu dans ces expériences.

Faits pathologiques. — Les faits électro-physiologiques que je

viens d'exposer sont confirmés par l'observation et par l'anatomie pathologiques. A l'appui de cette assertion, on peut prendre connaissance des faits pathologiques que j'ai relatés dans mon premier mémoire sur la corde du tympan. Je me contenterai d'exposer ici un fait pathologique recueilli depuis la publication de ce mémoire. Ce nouveau fait est plus important que les précédents, parce que les phénomènes observés dans ce cas, pendant la vie, ont été pleinement confirmés par l'examen nécroscopique. Je dois

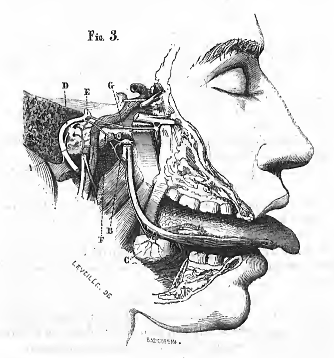


Fig. 3. — A, nerf de Jacobson ; B, corde du tympan accolée au nerf lingual, et envoyant un filet à la glande sous-maxillaire C ; D, nerf facial ; E, ganglion géniculé dans lequel se rendent les nerfs grand et petit pétreux F, G.

la connaissance de ce fait à l'obligeance de M. Fano, ancien prosecteur et professeur agrégé de la Faculté. Je regrette que les limites de ce travail ne me permettent pas de rapporter textuellement et dans tous ses détails l'observation d'un fait d'anatomie pathologique aussi complet et unique dans la science. Je n'en exposerai que les principaux traits.

Obs. I. — *Altération de la sensibilité générale et gustative dans les deux tiers antérieurs du côté gauche de la langue. — Autopsie. — Destruction complète de la corde du tympan, des osselets et de la membrane du tympan.* — La nommée Pareau, âgée de vingt-trois ans, occupait en 1853, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hardy, le numéro 74 de la salle Henri IV. — A l'âge de quatorze ans, elle fait une chute sur le côté gauche de la tête, suivie de vives douleurs dans l'oreille correspondante. Quatre ans après cet accident, choc violent de la tête contre une poutre, et, quelques jours après, une grosseur se développe derrière l'oreille du côté gauche. La tumeur fait des progrès rapides ; il se forme des abcès qui s'ouvrent spontanément, et auxquels succèdent des ulcères fistuleux par lesquels sortent de petites portions d'os. — Vers la fin d'octobre 1853, M. Fano observa la malade, et, aux signes extérieurs de la tumeur parfaitement et minutieusement décrits dans son observation écrite, soupçonnant une altération profonde de l'oreille, et dans la prévision de la lésion de la corde du tympan, il examina avec soin l'état de la sensibilité de la langue. « La langue (dit-il dans son observation) présente une altération remarquable de la sensibilité tactile et de la sensibilité gustative, que nous avons reconnue à l'aide d'expériences variées. Dans toute la moitié *droite* de la langue, une piqûre superficielle, pratiquée avec une aiguille, est très-bien sentie. Dans toute la moitié *gauche*, la sensation de piqûre va en s'affaiblissant, à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane et qu'on se rapproche du bord de la langue. En arrière, la sensation est plus directement perçue qu'en avant. En frottant légèrement avec un morceau de sucre le bord *droit* de la langue, la malade perçoit nettement une saveur sucrée. En répétant les mêmes essais sur le bord *gauche* de l'organe, la femme Pareau accuse une sensation de contact, mais elle ne distingue aucune saveur. En se rapprochant, toujours à gauche, de la base de la langue, elle perçoit faiblement la saveur sucrée. Un grain de sel est appliqué sur le côté gauche de la langue, vers la partie antérieure : la malade n'accuse aucune sensation, en arrière, et du même côté, c'est-à-dire vers la base de la langue ; il n'y a qu'une sensation vague. La même expérience, faite sur la moitié droite de la langue, donne lieu à une sensation très-bien perçue. Les expériences précédentes ont été répétées avec du vin de gentiane, les résultats ont été conformes à ceux que nons venons de rapporter. — La langue conserve l'intégrité de tous ses mouvements ; il n'y a aucun signe de paralysie faciale, c'est-à-dire de paralysie de la portion dure du nerf de la septième paire. En effet, les muscles sous-cutanés de la face ont conservé leur contractilité volontaire. Le sommet de la luette est un peu dévié à gauche ; mais, pendant les mouvements de déglutition, les deux moitiés du voile du palais s'élèvent également. — La femme Pareau succomba vers le milieu du mois de septembre 1854, en présentant tous les phénomènes d'une tuberculisation des deux poumons et d'une néphrite albumineuse. — A l'autopsie, l'oreille moyenne représente une cavité capable de loger une grosse noisette. Tous les organes qui y sont contenus à l'état normal ont disparu. Impossible de reconnaître la fenêtre ovale et la fenêtre ronde. — La portion du nerf facial logée dans la troisième portion de l'aqueduc de Fallope est parfaitement intacte. — La membrane du tympan, les osselets, la corde du tympan sont complétement détruits. »

— De l'ensemble de ces faits électro-physiologiques et pathologi-

ques, j'ai conclu dans mon premier travail (1) : *que la corde du tympan préside à la sensibilité générale et à la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue, et que l'intégrité de ce nerf est nécessaire à l'exercice complet de ces fonctions.*

L'action de la corde du tympan sur la sensibilité gustative n'est aujourd'hui contestée par personne. Ce phénomène physiologique, découvert par Bellingéri, confirmé ensuite par les faits pathologiques publiés par MM. Montault, Bérard, etc., a été même constaté dans des vivisections (2).

Mais il n'en est pas de même de l'action de la corde du tympan sur la sensibilité générale de la langue ; cette propriété, avant mes recherches, a été complétement méconnue.

Si les animaux auxquels MM. Magendie et Bernard ont pincé ou arraché la corde du tympan n'ont pas crié pendant l'opération, est-ce à dire qu'ils n'éprouvaient aucune sensation dans la langue? Non, certes. Cela signifie tout au plus qu'ils ne souffraient pas. Mes expériences électro-physiologiques établissent qu'ils ont dû éprouver alors une sensation dans la langue. Mais comment auraient-ils pu exprimer le mode et le degré de cette sensation linguale qui ne va jamais jusqu'à la douleur ? Personne ne conteste moins que moi les services rendus à la physiologie par les vivisections, mais il est évident qu'elles sont insuffisantes dans un grand nombre de questions qui intéressent le système nerveux, et surtout dans l'étude des sensations, ou des différents phénomènes de sensibilité (3).

Cependant on doit aux vivisections la démonstration de l'influence nécessaire de la corde du tympan sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire. M. Cl. Bernard a découvert que la section de la corde du tympan tarit la sécrétion de cette glande (4).

Mes expériences, bien que répétées des centaines de fois, ne m'ont pas même fait soupçonner l'existence de ce fait. Mais lorsque

(1) *Loc. cit.*

(2) M. Claude Bernard a, en effet, coupé sur des chiens la corde du tympan dans l'oreille moyenne, et chez tous il a trouvé la diminution du goût ; d'autres fois, il a opéré la section du nerf facial au moment où il pénètre avec l'acoustique dans le conduit auditif interne, et alors il a observé, indépendamment de l'hémiplégie faciale, une diminution de la faculté gustative.

(3) Comment étudier sur les animaux, par exemple, les phénomènes de l'anesthésie et de l'analgésie, dont la découverte est due à l'observation pathologique faite sur l'homme ?

(4) La corde du tympan envoie un filet de communication à la glande sous-maxillaire (C, fig. 5). Ce fait anatomique, contesté par M. le professeur Cruveilhier, est démontré par l'expérience de M. Cl. Bernard.

j'ai eu connaissance de l'importante découverte de M. Cl. Bernard, j'ai constaté, en effet, que, par mon procédé de faradisation de la corde du tympan appliqué à l'homme, la salivation est quelquefois activée, mais qu'elle est toujours précédée par un sentiment de sécheresse de la langue du côté excité (j'avais déjà noté ce dernier fait dans mon mémoire de 1851). Toutefois, la salivation (et elle a lieu rarement) n'est pas telle alors qu'elle attire l'attention du sujet sur lequel on expérimente. Cela tient sans doute à ce que la corde du tympan est excitée trop faiblement dans mes expériences faites sur l'homme.

Le problème de physiologie dont il est ici question (l'étude de l'action de la corde du tympan sur la sensibilité générale de la langue) ne sera complétement résolu que lorsqu'il existera une parfaite concordance entre l'expérimentation électro-physiologique, l'observation pathologique et le fait anatomique. Malheureusement l'harmonie est loin de régner entre les anatomistes sur l'origine de la corde du tympan.

Cette origine est-elle sensible, motrice ou mixte ? J'ai analysé et discuté, dans mon premier travail sur la corde du tympan, les recherches anatomiques qui ont été faites sur ce sujet.

Voici, en résumé, les faits anatomiques qui plaident en faveur de la sensibilité de ce nerf :

1° Si les recherches de Bichoff, de Gaedchens et celles plus récentes de M. Cusco sont exactes, le faisceau accessoire de Wrisberg (petit filet nerveux placé entre le nerf acoustique et le nerf facial), dont émane la corde du tympan, devrait être considéré, quant à son origine, comme l'analogue d'une racine postérieure ou sensitive [1].

2° La sensibilité peut encore arriver, selon d'autres auteurs, à la corde du tympan, par deux ou trois filets rétrogrades qui lui viennent du nerf lingual [2].

Admettant que l'origine sensible du nerf intermédiaire de Wrisberg et conséquemment de la corde du tympan ne soit pas encore suffisamment établie par les recherches anatomiques, il n'en est

---

(1) Gaedchens, dans une thèse soutenue à Heidelberg en 1832, a établi que l'origine des filets qui constituent le nerf intermédiaire peut être suivie en arrière à la partie postérieure de la moelle allongée jusqu'aux environs du sinus rhomboïdal. M. Cusco, dans sa thèse pour le doctorat, soutenue en 1848, dit que l'intermédiaire de Wrisberg est la continuation directe de la partie la plus interne du cordon médian postérieur de la moelle.

(2) C'est à cette anastomose que M. Longet attribue l'influence exercée sur le goût par la corde du tympan.

pas moins prouvé, par les faits électro-physiologiques et anatomo-pathologiques, que cette origine sensible doit exister. Ici donc le fait anatomique est commandé par le fait physiologique.

Il existe d'ailleurs un précédent analogue. Ainsi, la propriété exclusivement motrice de la petite racine de la cinquième paire (branche massétérine) n'est contestée par personne, quoique ce nerf, qu'il est impossible de suivre au delà de son émergence de la protubérance, semble puiser avec la cinquième paire à une source sensible.

« La sécrétion salivaire, selon M. Cl. Bernard, s'explique par une action reflexe à laquelle prendraient part, comme cela a toujours lieu en pareil cas, un nerf sensitif et un nerf moteur. »

Le nerf sensitif, qui produit la réaction motrice sur la glande sous-maxillaire, serait, d'après ce savant physiologiste, le nerf lingual ; tandis que la corde du tympan serait uniquement motrice, propriété qu'elle devrait au nerf intermédiaire de Wrisberg *constituant une racine d'origine sympathique.*

En somme, si l'origine de la corde du tympan n'est pas encore suffisamment établie, on ne peut cependant plus dire aujourd'hui, avec M. le professeur Bérard, que la corde du tympan soit une énigme proposée à la sagacité des physiologistes. En effet, l'expérimentation électro-physiologique chez l'homme et l'expérimentation électro-physiologique chez les animaux, se complétant mutuellement, démontrent, la première : que la corde du tympan préside à la sensibilité générale et gustative des deux tiers antérieurs de la langue, et la seconde : que ce même nerf exerce sur la glande sous-maxillaire une action motrice, sans laquelle elle ne peut sécréter.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Topiques contre les éruptions eczémateuses et impétigineuses : glycérolé de goudron et huile cadée.

En tête des topiques les plus puissants à mettre en œuvre dans le traitement des éruptions dartreuses, l'observation moderne est venue placer les produits résineux et empyreumatiques, dont les anciens faisaient un si grand usage. Aussi, le goudron purifié, uni à l'axonge, dans la proportion de 1 à 3 grammes pour 30 grammes d'excipient, est-il employé journellement dans les salles de l'hôpital

Saint-Louis, comme le résolutif par excellence des éruptions squammeuses, et comme un dessiccatif précieux dans les éruptions eczémateuses et impétigineuses chroniques. Depuis l'introduction de la glycérine dans les usages de la thérapeutique, M. Gibert emploie cette substance comme excipient, de préférence à l'axonge. Pour faciliter son emploi, on épaissit le mélange par l'addition de l'amidon, d'après le procédé de M. Garot. Cette préparation présente, sur les pommades ordinaires à excipient graisseux, l'avantage de pouvoir être enlevée avec de l'eau. Voici la formule de ce *glycérolé de goudron* :

Glycérine.......... 30 grammes.
Goudron purifié...... 2 grammes.

Ajoutez à chaud :

Poudre d'amidon..... 15 grammes.

Avec cette quantité d'amidon déterminée par M. Lecocq, on obtient une pommade peu consistante et facile à étendre. Le mélange doit être bien homogène.

Ce topique calme les démangeaisons (nous l'avons vu triompher rapidement de cas qui, pendant des années, avaient résisté à des moyens variés et nombreux). Il dessèche les excoriations, tarit l'exhalation, résout les rougeurs ; il agit, en un mot, comme astringent et résolutif, sans produire d'irritation. Aussi l'eczéma rubrum, l'impétigo, l'intertrigo, le prurigo des bourses et de l'anus, l'acné rosacea, la mentagre subinflammatoire, sont-ils modifiés sous son influence, de la manière la plus avantageuse.

Un autre produit, très-connu des lecteurs de ce journal, est l'huile de cade. M. Gibert en fait un très-fréquent usage ; mais comme les propriétés empyreumatiques que cette huile résineuse possède, à un beaucoup plus haut degré que le goudron, sont telles qu'on peut rarement l'appliquer pure, le médecin de l'hôpital Saint-Louis la fait mélanger habituellement avec l'huile d'amandes douces, ou avec l'huile de foie de morue. On fait usage dans son service, sous le titre d'*huile cadée*, d'un mélange ainsi formulé :

Huile de foie de morue... 2 parties.
Huile de cade............ 1 partie.

Ce topique jouit de propriétés résolutives et siccatives très-efficaces. M. Gibert a vu guérir, sous l'influence de ce mélange, des eczémas dont les rougeurs excoriées et suintantes restaient stationnaires depuis plusieurs mois, malgré l'emploi extérieur et intérieur des préparations sulfureuses.

C'est surtout contre les éruptions prurigineuses, papuleuses, eczémateuses et rebelles de l'anus et des parties génitales, qui font si souvent le désespoir du malade et du médecin, que M. Gibert assure avoir eu à se louer le plus souvent de l'emploi local de l'huile de cade. Il y joint, dans ce cas, l'usage assidu de bains de siége froids, et, à titre de modificateur de la diathèse qui entretient l'éruption, l'usage interne de la liqueur arsenicale du docteur Boudin, modifiée ainsi qu'il suit :

Eau distillée...... 600 grammes ;
Acide arsénieux... 5 centigrammes ;

en solution à chaud. On divise en six fioles, dont chacune est étiquetée pour deux jours ; une demi-fiole pour dose chaque matin à jeun, ajoutée, au moment de la prendre, à un verre de chicorée sucrée avec du miel. M. Gibert affirme avoir vu, sous l'influence de ce traitement, guérir en quelques semaines des éruptions qui dataient de plusieurs années, et qui avaient résisté aux eaux thermales et à beaucoup d'autres médications.

Sur la composition du pyrophosphate de fer et de soude.

Par M. Leras, docteur ès sciences, inspecteur de l'Académie à Besançon.

Nos lecteurs se rappellent que, lors de la lecture faite devant l'Académie de médecine, par M. Robiquet, d'un mémoire sur un nouveau sel ferrugineux, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, nous avons cru, tout en publiant le travail de ce laborieux pharmacien, devoir rappeler les travaux publiés sur le pyrophosphate de fer et de soude, et surtout les belles recherches de M. Leras. Nous espérions que les documents seraient utilisés par le rapporteur de la Commission : il n'en a rien été. En présence du silence gardé sur ses travaux, M. Leras a cru devoir adresser à l'Académie une lettre de réclamation. Nous publions les passages de cette lettre qui viennent compléter ce que nous avons dit, dans nos livraisons des 28 février et 15 mai 1857, sur la composition du pyrophosphate de fer et de soude :

« Qu'il me soit permis de faire connaître à l'Académie en quoi la préparation que je propose diffère des autres et quels sont ses avantages. Le pyrophosphate de fer et de soude, tel que je le prépare et le préparerai sous les yeux de votre Commission, est le plus riche en fer métallique des préparations de ce genre, et peut se concentrer à volonté, sans altération. Celui qui m'a donné de beaux résultats s'obtient par les proportions suivantes :

Eau distillée très-pure....	600 grammes.	
Pyrophosphate de soude...	30 grammes.	
Sulfate de fer pur........	14 gr. 95 centigr.	

« Ces quantités de sel correspondent à la formule : $3(2NaO.Pho^5) + 2Fe^2O^3.3Pho^5 + 6\ (NaO.SO^3)$. La réaction a d'abord lieu entre trois équivalents de pyrophosphate de soude et deux équivalents de sulfate ferrique. Le pyrophosphate de fer qui se forme se dissout dans trois équivalents de pyrophosphate de soude.

« Il peut s'administrer sous forme de sirop ; mais, comme activité, je conseille toujours la solution de préférence.

« Le tableau suivant mettra en relief les différents pyrophosphates de fer préparés, et la quantité énorme de fer que le mien contient en plus.

AUTEURS des FORMULES.	Pyrophosphate de soude sec.	Fer métallique.	Volume du liquide employé.	Quantité de fer métallique par 20 c. cubes.	RAPPORT du pyrophosphate de soude employé AU FER MÉTALLIQUE.	Résultats obtenus en fer métallique pour 1000 c. cubes.
	gr.	gr.		gr.		gr.
M. Persoz. ...	66	6,559	2000	0,065	40 de pyrophos. p. 1 de fer.	3,279
M. Soubeiran.	18	1,08	970	0,022	16,6 — 1	1,113
M. Robiquet..	»	2,142	1000	0,042	» — »	2,142
M. Leras.....	30	4,18	600	0,139	7 — 1	6,966

« Ainsi, le sel que j'obtiens contient :

« Plus du double de fer que celui de M. Persoz, et moitié moins de pyrophosphate de soude ;

« Six fois et demie plus de fer que celui de M. Soubeiran, et un tiers seulement du pyrophosphate de soude qu'il emploie ;

« Près de trois fois et demie plus de fer que celui de M. Robiquet. »

Nous avons présenté, dans nos précédents articles, M. Leras comme un travailleur sérieux et modeste ; nous pouvons en fournir la preuve. Cet habile chimiste possède trois formules pour la préparation du pyrophosphate de fer, et comme terme de comparaison il avait donné, dans sa note à l'Académie, seulement celle des trois qui contient les moindres proportions de fer. Voulant fournir à la Commission nommée pour l'examen de ses travaux les éléments de la question, M. Leras vient de publier ses deux autres formules :

Deuxième formule :	Eau distillée............	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude.	90 grammes.
	Sulfate de fer...........	17gr. 80 centigr.

« Ces nombres correspondent à la formule :

$$2(2NaO.PhO^5) + 2Fe^2.O^3.3PhO^5 + 6(NaO.SO^3).$$

Troisième formule :	Eau distillée...........	600 grammes.
	Pyrophosphate de soude.	30 grammes.
	Sulfate de fer...........	22 gr. 396 centigr.

« Elle correspond exactement à la formule chimique :

$$2(NaO.PhO^5) + 2Fe^2O^3.3PhO^3 + 6(NaO.SO^3).$$

« Le sel de cette troisième formule est le moins soluble des trois; mais, sous un même poids de pyrophosphate de soude, il contient beaucoup plus de pyrophosphate de fer, ainsi que l'indique le tableau suivant [1] :

	QUANTITÉ pour 100 de fer métallique dans le sel solide.	QUANTITÉ en nombres ronds		
		de pyrophosphate de soude.	de pyrophosphate de fer.	
1re Formule.	9.28	15 »	14 »	Très-légèrement alcalin.
2e Formule.	10.38	12 »	17 »	A peu près neutre.
3e Formule.	12.05	7.50	20.89	Complétement neutre.

« Le sel solide se dissout dans une suffisante quantité d'eau froide, mais il est plus soluble dans l'eau bouillante.

« Les dissolutions suffisamment étendues d'eau n'éprouvent pas de modification lorsqu'on les porte à l'ébullition, même après avoir été refroidies.

« Les dissolutions concentrées, lorsqu'on les porte à l'ébullition, se troublent; et, à mesure que l'eau s'évapore, le sel se dépose; mais en y ajoutant une nouvelle quantité d'eau, le précipité se dissout à mesure que la température s'élève.

« Pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je me borne à ces indications qui suffisent pour faire voir que ce sel, dont les propriétés thérapeutiques sont bien connues, peut se prêter facilement à toutes les formes pharmaceutiques. »

On a reproché au pyrophosphate de fer et de soude sa saveur désagréable; nous pouvons affirmer que les nombreux malades qui ont pris les préparations qui nous ont été livrées par la pharmacie Dorvault, solutions ou sirop, n'ont jamais émis une telle plainte.

---

[1] Un flacon bien bouché de cette dissolution est exposé depuis un mois entre deux fenêtres au soleil du midi, à une chaleur qui varie de 25 à 47 degrés centigrades. La liqueur est aussi limpide que le premier jour.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du relâchement pathologique des symphyses du bassin dans l'un et l'autre sexe, et de son traitement par la compression circulaire.

Les lecteurs du *Bulletin de thérapeutique* n'ont peut-être pas oublié un mémoire de M. F. Martin, sur le relâchement des symphyses du bassin (Voir la page 108 du tome XL).

M. Martin, après quelques considérations générales sur cette affection, qu'il considère comme le résultat seulement de l'état de grossesse et de la parturition, en rapporte trois observations tirées de sa pratique, dans lesquelles le traitement le plus simple, la compression circulaire du bassin à l'aide d'une ceinture en acier de son invention, a amené immédiatement la disparition des symptômes, et, par suite, une guérison complète.

Deux faits qui sont présentés à nous à un intervalle assez éloigné établissent :

1° Qu'il peut survenir un relâchement des symphyses du bassin dans des circonstances autres que la grossesse et l'accouchement;

2° Que les causes qui le déterminent peuvent agir chez l'un et l'autre sexe;

3° Que la compression circulaire du bassin est le moyen de traitement le plus sûr et le plus prompt. C'est bien peu de chose, il est vrai, que deux observations pour établir une vérité en pratique, mais ces faits fixent l'attention et en appellent d'autres qui, sans cela, auraient pu ne pas être livrés à la publicité ou passer inaperçus. Cela peut être admis d'autant plus aisément, qu'un de ceux dont nous allons parler a été communiqué par nous et inséré dans un ouvrage dont la publication remonte à plus de vingt ans (1), ouvrage qui était inconnu à M. Martin, puisqu'il pense être le premier qui ait employé les moyens à l'aide desquels on obtient la guérison.

Obs. I. *Relâchement de la symphyse sacro-iliaque du côté droit chez une jeune fille de vingt ans, à la suite d'une fièvre continue de caractère indéterminé. Guérison rapide et sans récidive par la compression circulaire du bassin.* — Une jeune demoiselle de vingt ans, d'une constitution assez bonne, quoique présentant quelques indices de diathèse scorbutique, est prise en 1820, sans cause connue, d'une fièvre continue, qui cesse au bout d'une quinzaine de

(1) *De l'emploi des moyens mécaniques et gymnastiques dans le traitement des difformités du système osseux*, par Humbert père et fils.—Paris, J.-B. Baillière, 1835.

jours, après l'emploi de moyens très-simples. Peu de temps après, douleur dans toute la hanche du côté droit, sans qu'on puisse en bien préciser le point de départ, claudication, progression difficile et douloureuse; la sensibilité existe même au lit, et augmente quand la malade se retourne sur l'un et l'autre côté : elle existe, mais bien moins forte, dans la région pubienne.

Nous prescrivons le repos au lit, une application de quarante sangsues, en deux fois, sur la partie souffrante, et des résolutifs.

Soulagement des douleurs pendant le décubitus, mais impossibilité de se soutenir sur l'extrémité malade sans les renouveler.

Nous examinons alors les deux cuisses et nous remarquons un excès de longueur de plus d'un demi-pouce du côté affecté; la pression sur le grand trochanter détermine beaucoup de douleur dans toute la hanche; celle qu'on exerce sur la région du pubis est peu douloureuse. Nous demeurons alors convaincu que nous avons à traiter une luxation spontanée commençante; deux confrères appelés en consultation l'un après l'autre examinèrent la malade aussi imparfaitement que nous, c'est-à-dire, sans comparer avec soin les épines iliaques antérieures et supérieures, et partagèrent notre avis, quant au diagnostic et au traitement.

Cependant la maladie continuait; l'allongement du membre augmentait, sans que les douleurs fussent plus vives et que l'état général empirât, car le teint, l'appétit, les forces se conservaient, et il y avait absence de fièvre.

Un jour, ayant cru remarquer une certaine variabilité dans la différence de longueur entre les deux membres, l'idée nous vint, sans tenir compte des douleurs de la malade, de repousser fortement le membre en haut, et de le tirer également avec force en bas, en suivant des yeux ce qui se passait vers l'épine iliaque du côté correspondant.

Avoir soupçonné l'erreur, c'était l'avoir reconnue, et le remède fut bientôt appliqué. Une ceinture de peau de daim matelassée, sans ressort métallique, serrée fortement avec des boucles et des courroies, fixée par un scapulaire et un sous-cuisse, fut placée autour du bassin, après que l'os des iles du côté malade eut été, autant que possible, remonté au niveau de l'autre. Nous prescrivîmes, en outre, le repos le plus absolu.

Au bout de huit jours la malade, impatiente de connaître les effets de sa ceinture qui l'avait soulagée instantanément, se leva et vit avec autant d'étonnement que de satisfaction qu'elle marchait facilement et sans douleur. L'essai fut renouvelé plusieurs fois avec précaution et sans accidents; enfin, au bout d'une quinzaine de jours, la jeune malade restait levée toute la journée.

La guérison fut rapide et sans rechute, mais on eut la précaution de contenir pendant longtemps l'usage de la ceinture.

Obs. II. *Relâchement de la symphyse sacro-iliaque du côté droit chez un homme de vingt-sept ans, à la suite d'un refroidissement. Guérison rapide et sans récidive, par l'application d'une ceinture autour du bassin.* — Théophile M..., cocher, âgé de vingt-sept ans, de taille petite, mais de constitution vigoureuse, essuie, sur son siége, le 10 mars 1847, une forte averse qui pénètre tous ses vêtements et lui cause un refroidissement complet. Quelques jours après cet événement qui, du reste, avait eu lieu maintes fois sans aucun résultat fâcheux, il est pris d'une fièvre assez vive, avec des douleurs dans les extrémités inférieures; bientôt ces douleurs se déplacent, pour se fixer sur la hanche droite, qui paraît tendue et tuméfiée.

Le médecin qui est appelé considère l'affection comme étant de nature rhumatismale, et prescrit une application de sangsues *loco dolenti*, le repos au lit et des embrocations d'huile camphrée. Cependant l'état du malade ne s'améliore pas et, au bout de quelque temps, lorsqu'il veut se lever et marcher, il ressent, dans la hanche et vers le sacrum, une vive douleur qui s'oppose à la progression et surtout à la station sur le membre affecté, lequel, plus long que l'autre, traîne à terre en marchant et est tourné dans la rotation en dehors. Il existe aussi de la sensibilité, mais sans mouvement perceptible, dans la symphyse du pubis.

Les choses étaient en cet état depuis un mois environ, quand le malade vint à la campagne avec ses maîtres. Appelé pour lui donner nos soins, il nous raconte les détails qui précèdent et nous dit que son médecin avait conçu de vives inquiétudes sur son compte; qu'il croyait avoir affaire à une luxation spontanée du fémur commençante, affection grave, dont la durée se compte par mois, et dont la terminaison est souvent fatale. Il avait déjà fait appliquer deux vésicatoires volants derrière le grand trochanter.

L'état général de Théophile, sa bonne constitution, nous parurent au premier coup d'œil assez rassurants. Il y avait un peu d'appétit, il n'y avait plus de fièvre, mais la marche était toujours impossible, par les douleurs qu'elle occasionnait.

Après un examen attentif des parties pendant lequel nous avons besoin de faire fixer le tronc et la partie gauche du bassin d'une manière solide, nous reconnaissons que la traction en bas et le refoulement en sens opposé, exercés alternativement sur l'extrémité malade, en font varier la longueur comparativement à celle du membre opposé; que le niveau des épines iliaques change dans une proportion relative, et que les douleurs résultant de ces manœuvres se font ressentir vers le pubis et dans tout le côté droit du bassin, mais surtout dans la région sacrée.

Ce cas nous semblait parfaitement analogue au précédent, dont nous avions gardé bonne note: le même traitement devait avoir les mêmes résultats.

En effet, une ceinture de peau de daim, faite comme celle dont nous nous étions déjà servi, fut appliquée dès le lendemain, et, à dater de ce moment, les douleurs avaient cessé pendant les mouvements au lit. Une huitaine de jours après, le malade pouvait se lever et faire quelques pas dans la chambre, sans douleur. Au bout d'un mois, la progression était devenue presque aussi facile et aussi solide qu'auparavant.

Toutefois, on jugea prudent de faire continuer longtemps l'usage de la ceinture, et de laisser écouler deux mois avant que le malade reprît un service qui exigeait des mouvements très-étendus de l'extrémité inférieure.

On savait depuis longtemps que, chez certaines femmes, l'état de grossesse pouvait déterminer un afflux de liquide sur les parties constituantes des symphyses du bassin, et amener, par suite, leur relâchement et leur mobilité, à un degré plus ou moins considérable; que dans le travail de l'accouchement, et principalement d'un accouchement laborieux, la tête de l'enfant, agissant à la manière d'un coin, pouvait produire les mêmes résultats sur ces articulations, surtout quand elles y étaient prédisposées par cette turgescence,

active ou passive, comme on voudra, dont nous venons de parler.

En outre, les travaux de quelques praticiens d'un grand nom [1] avaient établi que dans la phlébite utérine, et dans l'affection désignée sous le nom de *phlegmasia alba dolens*, on trouvait à l'autopsie, entre autres lésions, le fibro-cartilage de la symphyse pubienne infiltré et ramolli, et cette articulation plus ou moins mobile; que les mêmes désordres pouvaient exister dans les symphyses sacro-iliaques, dont les ligaments devenaient mous et s'allongeaient, de manière à permettre aux surfaces articulaires de glisser les unes sur les autres, et d'amener, par suite, une inégalité de longueur entre les deux membres, si le phénomène n'avait lieu que d'un seul côté.

Mais en dehors des circonstances physiologiques et pathologiques dont nous venons de parler, nous ne connaissons pas d'exemple de cette même affection chez la femme; à plus forte raison, ne pouvions-nous guère en soupçonner la possibilité chez l'homme. Cela explique, beaucoup d'indulgence venant en aide, l'erreur de diagnostic dans laquelle nous sommes resté assez longtemps, et qu'après nous d'autres praticiens n'ont pas su mieux éviter.

L'éveil sur la question une fois donné, il n'y a plus de méprise possible, et l'examen des parties affectées étant fait avec le soin qu'on doit y apporter, on distinguera sans trop de peine une coxalgie commençante d'un relâchement des symphyses du bassin.

Dans la première de ces affections, la douleur est ressentie antérieurement et postérieurement dans l'articulation coxo-fémorale; elle s'étend à la longueur du membre et notamment au genou; l'allongement, qui est plus ou moins considérable, selon l'état des tissus intra-articulaires, est fixe et ne peut être instantanément diminué ou augmenté. Enfin, si le bassin est bien conformé, les épines iliaques sont à la même hauteur, ou, si cette égalité de niveau n'existe pas, cela tient à la contraction spasmodique des muscles qui vont du rachis et du thorax au bassin, et il est facile de la rétablir.

Dans le relâchement des symphyses, les douleurs répandues dans toute l'étendue du côté malade sont fortement ressenties dans la région iléo-sacrée. Le membre affecté, qui, dans les deux cas, est plus long et déjeté en dehors, avec la pointe du pied basse pendant la progression, peut, lorsqu'il n'y a qu'un relâchement des symphyses, être repoussé en haut, ou attiré en bas, avec élévation ou abaissement correspondant de l'épine iliaque. Enfin, et ce moyen d'expéri-

---

[1] Mémoire de Dance sur la phlébite utérine et la phlébite en général; Remarques et observations sur la *phlegmasia alba dolens*, par M. Velpeau.

mentation et de traitement tout à la fois lève tous les doutes, la compression circulaire du bassin par une ceinture fortement serrée fait disparaître instantanément les douleurs pendant les mouvements, et son usage, longtemps prolongé, assure la guérison. Par cette compression agissant avec force et sans relâche, la mobilité des os, effet d'abord, puis cause de la maladie, disparaît ; les muscles reprennent leur tonicité, et les tissus articulaires, se débarrassant des fluides qui les abreuvent, reviennent bientôt à leur état normal.

Une ceinture fortement serrée, loin d'être utile dans la coxalgie, aggraverait les symptômes, en augmentant la pression réciproque des parties articulaires enflammées.

N. Jacquier, D. M.,
A Ervy (Aube).

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes cliniques : *Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés*, par M. Morel, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Mareville, membre des Sociétés de médecine de Nantes, de Metz, de Lyon, de Gand, etc.

Depuis que M. le docteur Morel a publié ce livre, il est passé d'un asile riche en sujets d'observation, à la direction médicale d'un établissement plus riche encore sous ce rapport, l'asile des aliénés de Saint-Yon, de Rouen. Que si, en abordant l'analyse de l'ouvrage du savant auteur des *Etudes cliniques sur l'aliénation mentale*, nous avons cru devoir tout d'abord faire cette remarque, c'est que nous avons à nous excuser, vis-à-vis de lui, d'avoir laissé passer les jours et les mois avant de rendre compte de son livre. La raison principale qui nous a fait ajourner autant ce compte rendu, c'est que l'ouvrage ne nous est arrivé que longtemps après sa publication, et que sachant que l'auteur se propose de publier prochainement un traité plus méthodique de l'aliénation mentale, et traitant de la thérapeutique applicable à cette maladie, grave entre toutes, nous nous proposions de fondre dans une analyse commune l'étude que nous aurions faite des deux ouvrages. Comme nous ne voyons rien poindre à l'horizon qui nous annonce que M. Morel se propose de réaliser immédiatement un travail promis, nous fragmenterons cette analyse, et dirons de suite l'impression que nous a laissée la lecture attentive des *Etudes cliniques* du savant successeur de MM. Foville et Parchappe.

Nous le lui dirons tout d'abord avec une franchise qu'un homme tel que lui peut porter : un défaut capital nous a frappé dans ces Études cliniques, si riches d'ailleurs en observations délicates, en remarques lumineuses, c'est un manque d'ordre, quelquefois une confusion qui oblige l'esprit à un travail de réduction, dont l'effet nécessaire est de faire perdre de vue une foule de remarques judicieuses qui sont la sagesse même de l'art. Nous regrettons d'autant plus que l'auteur ait laissé son livre s'entacher de ce vice de méthode que, maître de son sujet, comme il apparaît dans une foule de pages où il sonde hardiment les questions les plus ardues de la science, rien ne devait lui être plus facile que de faire passer dans son œuvre l'ordre qui est dans son esprit même. Au reste, pour qui a l'honneur de connaître l'éminent médecin de Saint-Yon, ce livre traduit parfaitement l'homme; M. Morel ne parle pas de ses idées, il les fulmine; sa parole abondante, trop abondante, est à peine suffisante à dépenser la masse d'idées qu'un sujet donné suscite immédiatement dans son esprit. Ainsi, comme tous les hommes forts, M. Morel a le défaut de ses qualités mêmes; mais ceci ne doit pas paraître dans les livres; l'on doit effacer ces intempérances, la vraie force est cette exubérance même disciplinée. Nous ne savons comment notre savant confrère acceptera cette observation, cela le regarde; pour nous, nous serions heureux qu'il n'y voulût bien voir que ce qui nous l'a inspirée, c'est à savoir : l'intérêt réel et senti que nous portons à ses travaux.

Quoi qu'il en soit à cet égard, et pour ne point avoir à revenir sur cette première remarque, détachons de ce livre si rempli quelques idées fondamentales, en lesquelles surtout consiste son originalité, et examinons-les succinctement. Et d'abord, qu'est-ce que la folie pour M. Morel? Nous ne suivrons pas l'auteur dans les nombreuses discussions qu'il a établies sur ce point et qu'il s'est efforcé d'éclairer de toutes les lumières de la tradition soit philosophique, soit médicale, sagement interrogée; nous nous contenterons de résumer à cet égard la pensée de notre savant auteur, en reproduisant ici la définition magistrale qu'il a donnée de l'aliénation mentale. « Nous croyons, dit-il, être en droit de définir la folie, considérée au point de vue de la médecine, *une affection cérébrale idiopathique ou sympathique, enlevant* à l'individu, lésé à la fois dans ses fonctions physiologiques et psychologiques, *l'exercice de sa liberté morale, et constituant dès lors chez lui une dépravation maladive dans ses actes, ses tendances et ses sentiments, ainsi qu'un trouble général ou partiel dans ses idées.* » Nous ne nous embarquerons

pas dans la discussion des questions complexes qu'implique cette définition, nous remarquerons seulement, à son avantage, que la folie n'y est pas considérée comme une névrose purement idiopathique, mais qu'elle pose nettement que le trouble de la raison, en tant qu'aliénation mentale, peut dépendre d'une réaction anormale d'un point de l'organisme sur le centre principal de l'appareil nerveux. On a nié, à plus d'une époque de la science, les folies purement sympathiques ; en vérité, *à priori* même, on ne le conçoit guère : est-ce que, dans les maladies aiguës, on ne voit pas tous les jours un trouble fonctionnel ou organique retentir sur le cerveau d'une telle façon, que le délire éclate sous ses formes les plus variées ? Comment, dès lors, le délire spécial de l'aliénation mentale pourrait-il ne pas sortir de la même source, dans des conditions analogues, qu'il ne s'agit plus que de déterminer par l'observation ? Au reste, ce que pouvait enseigner à l'avance la prévoyance scientifique la plus vulgaire, l'expérience est venue le démontrer de la manière la plus irréfragable. Maintenant, qu'est-ce que c'est que cette affection cérébrale idiopathique ou sympathique qui est au fond de toute aliénation de l'esprit ? Comme tous ses devanciers ou ses contemporains, M. Morel la cherche, mais ne la trouve pas. L'auteur sait bien qu'un grand nombre d'auteurs, et entre autres un de ses savants prédécesseurs à l'asile de Saint-Yon, ont constaté une foule de lésions matérielles dans la substance cérébrale ; mais ce n'est point là l'affection cherchée, l'*impetum faciens* de la folie, la cause de cette suspension accidentelle de la liberté normale, de la conscience normale des rapports qui mettent l'homme en communion avec le monde extérieur, et cela par une raison bien simple, c'est que ces lésions sont mobiles, inconstantes jusqu'à l'absence complète ; c'est qu'il faut trouver l'unité de l'effet dans l'unité de la cause, et qu'on ne peut trouver cette unité dans une cause qui peut manquer complétement. Une chose qui est dans l'esprit de M. Morel, et qui ne se trouve pas dans la définition que nous venons de rappeler, mais que nous croyons devoir signaler, tant elle nous paraît avoir de portée au point de vue du traitement de l'aliénation mentale, c'est que la folie sympathique ne résulte pas uniquement d'un trouble matériel dans un point quelconque de l'organisation ; mais qu'elle peut naître, et naît souvent peut-être, d'une simple perturbation fonctionnelle de tel ou tel appareil. C'est là, nous le répétons, un point de vue qui importe extrêmement à la thérapeutique de l'aliénation mentale, et qui montre que les indications à remplir dans cette maladie ne dérivent point uniquement

des formes morbides classiques, que cherche surtout à déterminer le diagnostic, tel qu'on le comprend aujourd'hui.

Cette large définition de l'aliénation posée, commentée, développée, illuminée par les discussions philosophiques les plus fécondes, le médecin de Saint-Yon aborde successivement l'étude des formes diverses de la maladie, depuis l'idiotie jusqu'à la monomanie la plus simple, jusqu'à cet état mental où le diagnostic flotte indécis sur la question de savoir s'il appartient ou non à l'état normal. Sur tous ces points, l'auteur se livre aux recherches les plus attentives, et accumule les résultats d'une observation aussi laborieuse qu'éclairée. Parmi les questions nombreuses qu'il rencontre sur sa route en suivant cette direction, nous avons remarqué qu'il en est une surtout qui a le privilége de fixer son attention, c'est celle qui est relative à l'étiologie. Si, comme nous le disions un jour à Leuret, dans une humilité qu'il savait honorer, nous ne craignions de dépasser les limites de notre compétence, nous n'hésiterions pas à recommander à l'attention des penseurs cette discussion de l'étiologie de l'aliénation mentale comme la plus profonde qui se puisse lire. Au reste, depuis longtemps déjà, l'esprit chercheur de M. Morel s'est attaqué à cette question particulière, et l'Académie des sciences, en récompensant dernièrement un des travaux de cet auteur, où tient une si large place l'étiologie, ne peut que confirmer la justesse de cette appréciation. Il nous est impossible de suivre le laborieux médecin de Saint-Yon dans le cycle immense qu'il a ainsi parcouru; qu'on nous permette d'en détacher une forme spéciale de l'aliénation mentale, et où il se sépare de la très-grande majorité, sinon de tous ses collègues, par la façon particulière dont il y envisage les choses. Cette forme spéciale de l'aliénation de l'esprit, c'est celle que tous nous appelons *monomanie*, et que tous nous comprenons distinctement sous ce nom. Qu'une observation incomplète ait plus d'une fois, même dans les ouvrages les plus recommandables, confondu sous la rubrique de monomanie des perversions de l'intelligence et du sentiment dans lesquelles il y avait seulement prédominance de telles ou telles conceptions délirantes, ou de telles tendances déterminées, mais qui ne faisaient que masquer un délire plus général, c'est ce que nous admettons volontiers : à ce point de vue l'étude de l'aliénation mentale présente toutes les difficultés et toutes les chances d'erreur de l'observation psychologique, et l'observation purement empirique même y a plus d'une fois manqué la vérité : mais qu'il en ait toujours été et qu'il en soit toujours ainsi, voilà, nous le confessons humblement, ce qui ne nous est pas encore

complétement prouvé. Pour démontrer sa pensée à cet égard, l'auteur emprunte d'une manière un peu confuse à la psychologie tous les arguments qu'elle a fait valoir en faveur du principe de l'unité de la pensée et du sentiment. Mais à côté de cette unité que nous acceptons complétement avec l'auteur, et en communion intime avec elle, il y a l'organisation qui est l'instrument de ces manifestations, et en laquelle cette unité n'est plus qu'une harmonie d'un autre ordre, et susceptible d'une discordance plus ou ou moins étendue. A ce point de vue, la folie partielle est possible, parce qu'est possible la localisation du désordre somatique, sans lequel la folie ne peut être conçue. Et puis, car nous ne pouvons nous engager dans une discussion qui nous mènerait beaucoup trop loin, l'observation clinique vient démontrer incontestablement, suivant nous, la réalité même du désordre mental dont il est ici question. Bien que nous n'ayons pas l'immense expérience de M. Morel dans cet ordre de faits, nous avons vu assez cependant pour ne point hésiter dans cette affirmation : et nous sommes convaincu que tôt ou tard cette thèse sera établie sur des bases inébranlables; nous sommes convaincu de plus que le spiritualisme le plus pur de tout mélange avec le matérialisme ne courra aucun risque à cette démonstration. Quoi qu'il en soit à cet égard, les efforts persévérants de M. Morel sur cette question capitale n'auront certainement pas été stériles, car il aura démontré que la monomanie n'est pas aussi fréquente que le prétendaient Pinel, Esquirol, Georget, etc., et qu'elle n'est souvent, plus profondément analysée, qu'une des formes à demi effacées de la manie, suivant son expression très-juste, une manie systématisée.

Nous nous arrêterons ici, mais non sans regret : nous aimerions à suivre l'habile médecin de Saint-Yon dans ses remarques pleines d'intérêt sur les crises dans l'aliénation mentale, et surtout dans la discussion élevée qu'il institue sur le traitement de cette maladie. Nous ne ferons qu'une observation à cet égard, et cette observation sera une humble requête que nous demandons à l'auteur la permission de lui adresser. MM. les psychiâtres se plaignent souvent que les malades, avant d'être dirigés dans leurs établissements spéciaux, ont été soumis à des méthodes de traitement peu rationnelles, que dans la manie, par exemple, ils ont subi d'abondantes émissions sanguines, qui favorisent une des terminaisons les plus graves de cette forme d'aliénation mentale, la démence. Nous sommes persuadé que ce reproche n'est pas dénué de fondement : mais pourquoi ne nous éclairent-il pas davantage à cet égard;

pourquoi, par exemple, M. Morel, dans son livre, ne dit-il rien qui puisse nous guider sérieusement, quand la pratique nous met en face soit d'une manie aiguë, soit d'une monomanie, etc. ? Séquestrez les malades, dit-il ; c'est très-bien : mais si, par une des mille raisons qu'on peut invoquer en pareille circonstance, on ne le veut pas, au moins immédiatement ; il faut bien, en attendant, agir : alors de grâce, messieurs, guidez-nous. Que le savant médecin de Saint-Yon, dans le livre qu'il prépare, veuille bien se souvenir de ce *desideratum* ; qu'il ne dédaigne pas de consacrer un chapitre au traitement des diverses formes de la folie sur place, et nous sommes persuadé qu'il aura fait ainsi une chose éminemment utile. Si peu que vaille notre assentiment, nous le lui promettons entier, absolu, et nous nous engageons à l'avance à mettre ici même en vive lumière les préceptes sages qu'il ne peut manquer de formuler sur ce point si intéressant de pratique médicale. Ce ne sera d'ailleurs que justice vis-à-vis de lui, car ce sera une compensation pour ce qu'il y a d'incorrect et d'incomplet dans ce vol à tire-d'aile à travers son ouvrage si substantiel et si plein de choses.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du rhumatisme symptomatique de la blennorrhagie (*Synovite et iritis blennorrhagiques*). — L'existence du rhumatisme blennorrhagique n'est pas universellement admise, malgré des travaux importants qui ont eu pour objet de la démontrer ; elle est encore contestée, et récemment elle a été formellement niée par M. le professeur Thiry, de Bruxelles. Pour les opposants, il n'y a pas de rhumatisme qu'on puisse légitimement appeler blennorrhagique ; il y a seulement des arthrites qui coïncident accidentellement avec la blennorrhagie, sans avoir avec elle un rapport de cause à effet. La question vient d'être reprise par M. Rollet, de Lyon, dans un mémoire très-bien fait et extrêmement intéressant, dont l'objet principal est de prouver qu'il existe un rhumatisme blennorrhagique, qu'il y a des différences tranchées, quelquefois même essentielles, entre cette forme de rhumatisme en quelque sorte spécifique et la forme vulgaire. L'analyse que nous allons en donner prouvera que certains hôpitaux de la province fournissent des enseignements cliniques aussi complets que ceux de Paris.

Le chirurgien en chef de l'Antiquaille trouve la preuve de l'exis-

tence du rhumatisme blennorrhagique : — d'abord dans la *fréquence* des cas de rhumatisme observés chez les malades affectés de blennorrhagie, fréquence beaucoup plus considérable, comme la remarque en a été faite, qu'elle ne devrait l'être, s'il n'y avait entre les deux affections qu'une simple coïncidence de hasard; — en second lieu, et surtout, dans la *répétition* du rhumatisme, chez un individu donné, à chaque blennorrhagie nouvelle ou ravivée dont il est affecté.

Et non-seulement le rhumatisme blennorrhagique existe ; mais s'il ressemble beaucoup au rhumatisme vulgaire, il en diffère toutefois essentiellement par son origine, par sa cause et par d'autres traits encore : il en diffère, en ce qu'il porte son action sur l'œil aussi bien que sur les articulations, d'où il résulte une ophthalmie de même nature que l'arthrite et symptomatique comme elle de la blennorrhagie.

Cette ophthalmie blennorrhagique rhumatismale, mal connue, quoiqu'elle ait depuis longtemps éveillé l'attention des observateurs, n'est pas l'ophthalmie blennorrhagique constituée anatomiquement par la conjonctivite purulente résultant ou non de l'inoculation. C'est une iritis, une iritis dans laquelle, pour bien préciser les choses, la phlegmasie a pour siége habituel et en quelque sorte électif la couche antérieure de l'iris, et quelquefois aussi la séreuse qui tapisse la face postérieure de la cornée, en d'autres termes la membrane de Demours, soit partiellement, soit en totalité.

Le rhumatisme blennorrhagique, outre ce caractère différentiel d'affecter l'œil d'une façon particulière, diffère encore du rhumatisme commun, en ce qu'il affecte rarement les muscles, les nerfs, les viscères, et notamment le cœur. Il s'en distingue aussi d'une manière remarquable par ce fait qu'il est le plus ordinairement mono-articulaire ou du moins ne s'étend qu'à un très-petit nombre de jointures. De toutes les articulations, celle qui en est le siége de beaucoup le plus fréquent est la fémoro-tibiale ; vient ensuite la tibio-tarsienne ; les autres le sont beaucoup moins souvent.

En l'absence de recherches anatomo-pathologiques, il est difficile de dire en quoi les lésions du rhumatisme blennorrhagique diffèrent de celles du rhumatisme commun ; mais M. Rollet pense que certainement elles ne sont pas identiques, et qu'elles doivent avoir quelque chose de spécial. Ce qu'il y a de moins contestable, c'est que l'inflammation est bien plus spécialement et plus fortement fixée sur les synoviales dans ce rhumatisme que dans l'autre, d'où une plus grande tendance à l'hydarthrose qui a frappé tous les ob-

servateurs ; c'est que, quand il n'a pas pour siége les articulations, il se fixe toujours de préférence sur les membranes séreuses, gaînes des tendons, bourses séreuses accidentelles, membrane de Demours.

Cliniquement, le rhumatisme blennorrhagique se distingue par une acuité moindre des phénomènes inflammatoires, tant locaux que généraux, et par une moindre tendance à la suppuration. Mais, par contre, il a plus de tendance à se terminer par ankylose, ce qui s'observe surtout dans les petites articulations, et par tumeur blanche, ce qui paraît n'avoir lieu que chez certains sujets prédisposés, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débilitée ou scrofuleuse. — Un trait encore du rhumatisme blennorrhagique, que signale M. Rollet, et qui a été aussi remarqué par d'autres auteurs, M. Foucart, M. Brandes notamment, c'est qu'il serait au moins excessivement rare, si tant est qu'il existe chez la femme.

Le rhumatisme blennorrhagique paraît avoir ses causes spéciales, car les causes prédisposantes et les causes déterminantes du rhumatisme commun ont paru être sans influence dans l'immense majorité des cas observés. S'il existe chez les sujets des prédispositions, des conditions adjuvantes particulières, il n'est pas facile de les dégager. Invoquer l'idiosyncrasie n'expliquerait rien. En fin de compte, c'est à la blennorrhagie qu'il faut en revenir pour avoir le mot de l'énigme. Or, l'abondance de l'écoulement paraît être la condition la plus générale dont dépend plus ou moins directement l'éclosion rhumatismale : en interrogeant les malades, on apprend qu'avant le rhumatisme l'écoulement était aigu, quelquefois très-aigu, et, chez ceux qui n'avaient qu'un suintement chronique, que ce suintement s'est ravivé. La durée de l'écoulement ne semble pas avoir la même influence. Quant à son siége, c'est-à-dire quant aux tissus urétraux plus ou moins profonds que le mal a pu envahir, ils pourraient peut-être fournir des données précieuses relativement à la pathogénie ; c'est une hypothèse, mais une hypothèse à laquelle l'analogie donne une certaine valeur. En voyant des accès de fièvre intermittente survenir après une incision ou une déchirure du canal, des douleurs rhumatismales, et même l'arthrite suivre un simple cathétérisme, il ne répugne pas à M. Rollet d'admettre que l'urétrite, si elle vient à s'étendre à certaines parties non encore déterminées du canal, puisse chez des sujets prédisposés, par le seul retentissement de la maladie d'un tissu sur un autre, donner naissance à d'autres actes morbides et amener toute la série des accidents rhumatismaux.

Une fois le rhumatisme blennorrhagique développé, il réagit

comme par un effet de révulsion sur l'écoulement qui, en général, diminue sensiblement, mais qui peut aussi rester stationnaire (un tiers des cas). Deux fois M. Rollet l'a vu devenir plus abondant ; il ne l'a vu supprimé qu'une seule fois. Il n'y a donc, dans la manière dont se comporte l'écoulement, lors de l'invasion des symptômes rhumatismaux, rien qui puisse autoriser ce qui a été dit de la métastase, et ce n'est donc pas à la suppression de l'écoulement qu'on reconnaît qu'un rhumatisme est blennorrhagique.

Il suit de là, au point de vue thérapeutique, qu'il ne faut pas chercher à rappeler l'écoulement, lorsqu'il est diminué ou suspendu, comme la doctrine de la métastase en faisait une loi, mais qu'il faut au contraire l'arrêter toujours le plus vite et le plus complétement possible, puisque, le rhumatisme procédant de l'urétrite, celle-ci, à la moindre exacerbation, peut être suivie d'une récidive vers les synoviales. On devra donc, après avoir éliminé l'embarras gastrique, dont les symptômes ne sont pas rares au début, on devra recourir aux moyens ordinaires et les meilleurs contre l'écoulement, au copahu et au cubèbe, qui ne paraissent pas avoir d'influence bien marquée sur le rhumatisme lui-même, aux injections astringentes ou cathétériques, en les portant avec la sonde jusqu'au fond du canal, quand le cas l'exige, ou même à la cautérisation à l'aide du porte-caustique. Contre le rhumatisme lui-même, les émissions sanguines sont utiles, et dans la majorité des cas plutôt les émissions sanguines locales que la saignée générale, les phénomènes réactionnels ayant beaucoup moins d'intensité que dans le rhumatisme commun. Quand l'inflammation, d'abord très-forte, a été calmée par les émissions sanguines, ou lorsqu'il n'y a pas d'inflammation tout d'abord, ou enfin si l'épanchement articulaire est le phénomène prédominant, le moyen qui rend le plus de services, et qui est pour ainsi dire héroïque, est le vésicatoire volant, et l'on doit en appliquer un, deux ou même davantage successivement sur chaque articulation malade. Les médicaments évacuants, émétiques et purgatifs, sont des adjuvants d'une efficacité réelle ; il en est de même des bains de vapeur, surtout vers la dernière période de la maladie. Chez les sujets accidentellement débilités ou d'une mauvaise constitution, scrofuleux, d'autres moyens généraux et locaux devront être invoqués : les toniques, les martiaux, les amers, l'huile de foie de morue, les bains sulfureux, la compression des jointures, l'immobilité du membre. — Dans l'iritis blennorrhagique, affection à marche habituellement aiguë, outre les moyens accessoires, tels que la belladone, on doit recourir à un traitement énergique, consis-

tant dans l'emploi des émissions sanguines locales et des évacuants, principalement du calomel, qu'il convient d'administrer, non-seulement comme purgatif, mais comme altérant, à dose fractionnée et jusqu'à ce qu'il amène un peu de salivation.

Observations témoignant des bons effets de l'emploi de la belladone dans les cas d'incontinence des matières fécales existant seule ou accompagnant l'énurésie chez les enfants. — Cette nouvelle application des vertus thérapeutiques de la précieuse solanée est due à M. le docteur Ad. Richard. Ce sagace chirurgien, appelé à traiter un jeune garçon atteint depuis six mois d'une incontinence des matières fécales qui avait résisté à la plupart des moyens préconisés récemment, eut l'idée d'expérimenter la belladone, qui réussit souvent si bien contre l'incontinence d'urine. Il prescrivit le sirop à l'intérieur et fit placer une mèche enduite de pommade belladonée dans le rectum. Deux jours après le début de ce traitement l'enfant n'eut plus de selles involontaires et fut guéri de son infirmité. Témoin de ce résultat remarquable, l'interne du service, M. Bercioux, a continué l'expérimentation commencée par M. Richard; voici le récit des quatre faits qu'il publie dans la Gazette hebdomadaire.

Obs. I. Protois (Félix), âgé de six ans, demeurant à Colombes (Haute Marne), entre à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 6, le 3 mars 1857.

Cet enfant est d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, à cheveux châtains, à système musculaire bien développé; il a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au commencement du mois de septembre 1856. Depuis ce temps il est atteint d'une incommodité qui, par sa persistance, fait le tourment de ses parents. Il lui arrive, à peu près tous les jours, de laisser échapper ses matières fécales dans son pantalon. La santé générale est du reste parfaite, toutes les autres fonctions s'exécutent normalement. Il a conservé sa vivacité et sa gaieté ordinaires. Les digestions sont bonnes.

Les fèces ont conservé leur consistance normale, et l'excrétion ne paraît pas plus fréquente que dans l'état de santé; mais aussitôt que cet enfant en a éprouvé le besoin, il rend ses matières immédiatement, malgré sa volonté. L'accident arrive ordinairement le jour; il est très-rare la nuit, soit à cause de l'habitude antérieure qu'avait le malade de ne pas exécuter cette fonction la nuit, soit qu'alors il retienne réellement mieux ses matières.

L'excrétion urinaire paraît également troublée: il n'y a pas d'incontinence, mais les besoins sont impérieux, et il lui faut les satisfaire rapidement.

Ces troubles fonctionnels ont commencé à se manifester peu de temps après une chute dans laquelle le jeune Protois s'est fait une plaie au niveau du côté droit de l'os frontal. Le médecin qui nous adresse ces renseignements n'est pas éloigné de rapporter à la lésion de la tête l'espèce de paralysie locale présentée par le malade. Il fait du reste remarquer que cette plaie a été très-légère, qu'elle s'est guérie en quelques jours, que l'enfant n'a eu aucun trouble général, qu'il

n'a pas gardé le lit, et qu'à la suite de sa chute il n'a pas accusé de douleurs dans la tête ou à la région fessière, comme s'il fût tombé sur cette dernière partie du corps. J'ai moi-même interrogé le père, et il résulte de ses réponses qu'il n'est pas bien certain que ce soit précisément à l'époque de l'accident qu'a commencé l'incontinence, que les évacuations involontaires étaient très-rares au début, et que ce n'est que par la suite qu'elles sont devenues aussi fréquentes.

Enfin, parmi les renseignements, je note : « Pour obtenir le rétablissement des fonctions, un confrère a mis en usage le sulfate de strychnine, sans toutefois en pousser la dose jusqu'à déterminer des contractures. J'ai, de mon côté, eu recours aux lavements froids et aux douches d'eau froide dirigées sur l'anus, puis à la galvanisation au moyen d'une machine électro-magnétique, à cinq reprises différentes, tant à l'anus que sur la région lombaire. Chaque séance durait une demi-heure à peu près, et avait lieu tous les cinq à six jours. Ces divers moyens curatifs n'ont produit aucun résultat appréciable. »

4 mars. M. A. Richard, chargé du service en l'absence de M. Guersant, prescrit : sirop de belladone, une petite cuillerée; une mèche de pommade avec l'extrait de belladone pour le rectum; l'enfant sera maintenu couché. (On se rappelle que dans cette position il lui arrive rarement de laisser échapper ses excréments.)

5 mars. Dans la journée d'hier une selle involontaire.

9 mars. Le malade a toujours gardé le lit; il n'a pas eu d'évacuations involontaires depuis le 4. Le 7, la dose du sirop de belladone a été portée à deux cuillerées à café. Aujourd'hui, trois cuillerées. Les pupilles sont très-dilatées. Pas d'envie de vomir. Un peu de constipation. On laisse l'enfant se lever.

12 mars. Protois se lève tous les jours et joue avec les autres enfants. Il ne porte plus de mèches, et depuis hier il prend quatre cuillerées de sirop de belladone. Il n'a plus de selles involontaires. Les fonctions de la vessie et du rectum sont normales, à part un peu de constipation.

20 mars. Les fonctions paraissant bien rétablies, on interrompt le traitement.

A la fin du mois, la guérison s'étant maintenue, les parents du petit malade le font sortir.

26 janvier 1858. Son père m'écrit qu'il s'est toujours bien porté et qu'il n'a plus rien éprouvé de son ancienne incommodité.

Obs. II. Belpaume (Achille), âgé de neuf ans, faubourg Poissonnière, 51, entré le 17 mars, salle Saint-Côme, n° 20.

C'est un enfant blond, d'une constitution débile, présentant tous les attributs du tempérament lymphatique, ayant eu à diverses époques des affections scrofuleuses vers le cuir chevelu, les oreilles, les narines, des tumeurs strumeuses à la région cervicale; il est profondément débilité, amaigri, et j'ai de fortes raisons de croire qu'il a la funeste habitude de la masturbation.

Il entre à l'hôpital pour une coxalgie gauche, sans luxation, datant d'un mois et demi. Tant à cause de cette lésion que de sa faiblesse extrême, il garde le lit.

Cet enfant a toujours été mal nourri, élevé sans soins, et dans de très-mauvaises conditions hygiéniques; néanmoins, ce n'est que depuis quelque mois que sa constitution s'est détériorée d'une façon aussi fâcheuse, et aujourd'hui l'émaciation est extrême. C'est depuis le même temps que les évacuations alvines et urinaires sont involontaires. Il ne demande jamais le bassin.

M. Guersant fait faire un appareil analogue à celui de M. Bonnet (de Lyon) pour la coxalgie; mais, malgré toutes les précautions possibles, il faut renoncer à ce moyen à cause de l'incontinence.

5 avril. Deux pilules de belladone (chaque pilule contient 1 centigramme d'extrait et 1 centigramme de poudre).

12 avril. Aucun résultat. Quatre pilules.

14 avril. Hier, contrairement à son habitude, le malade a demandé le bassin. L'émission des urines est toujours involontaire.

16 avril. Il n'a plus de selles involontaires. Chaque fois qu'il ressent le besoin il demande le bassin. Il urine toujours dans son lit.

26 avril. Fonctions du rectum parfaitement rétablies; mais l'incontinence d'urine est presque aussi fréquente qu'avant le traitement.

On continue l'usage de la belladone pendant tout le mois de mai. Dans la première quinzaine, l'incontinence d'urine devient de plus en plus rare. A la fin du mois, guérison complète. Cependant l'état général a peu gagné, la lésion articulaire fait des progrès lents.

Ayant quitté le service au mois d'août, j'ai perdu de vue cet enfant, mais voici les renseignements que je me suis procurés (janvier 1858) :

Les évacuations involontaires ne se sont plus reproduites, quoique l'état du malade ait empiré. Il a succombé, au commencement de décembre, aux progrès de sa coxalgie, et après le développement de nouvelles lésions scrofuleuses.

Obs. III. Puteaux (Léon), âgé de huit ans et demi, rue Antoinette, 16, à Montmartre, entré le 4 mars à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 3, pour être traité d'une tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale droite, datant de quatre ans. Gonflement énorme de la jointure. Large ulcération ancienne avec fongosités exubérantes. Le stylet arrive sur les surfaces osseuses.

Constitution faible, tempérament lymphatique, ganglions développés sous le maxillaire; néanmoins, à part l'affection articulaire et l'infirmité dont je vais parler, il n'a jamais fait de maladies graves et a toujours joui d'une santé générale assez bonne. Mais il paraît n'éprouver jamais le besoin d'uriner et de déféquer, ces fonctions se font toujours involontairement. Qu'il soit levé ou couché, le jour ou la nuit, ces évacuations ont lieu sans qu'il en ait conscience. Les parents croient qu'à part quelques améliorations momentanées, il a toujours eu cette infirmité.

5 avril. Deux pilules de belladone.

10 avril. Aucune amélioration.

12 avril. Il a demandé une fois le bassin.

20 avril. De temps à autre, le malade demande le bassin, mais le plus souvent les évacuations sont involontaires. Trois pilules.

26 avril. Amélioration. Les excréments sont le plus souvent retenus. Couché, il prévient; levé, il va aux lieux d'aisances, et ne souille plus son pantalon. Cependant, il lui arrive encore, tous les deux ou trois jours, de laisser échapper son urine et ses matières.

Il reste une quinzaine de jours dans le même état et quitte le service.

Voici les renseignements qui m'ont été fournis (janvier 1858) :

Après sa sortie de la salle Saint-Côme, le malade est entré dans la section des scrofuleux, où le traitement belladoné n'a pas été repris. L'incontinence reparut, moins complète cependant qu'avant le traitement, et c'était plus souvent la nuit que le jour.

L'état général s'était amélioré, et l'enfant avait repris de l'embonpoint, malgré une diarrhée qui reparaissait souvent.

Mort le 7 août, à la suite d'un ictère intense qui l'enleva en peu de jours.

Obs. IV. Lerazavet (Charles-Alfred), âgé de cinq ans, rue de Beaune, 14, entré le 2 mars, salle Saint-Côme, n° 10, pour une fracture du fémur droit à sa partie supérieure, avec tendance au déplacement et plaie superficielle à la partie interne de la cuisse.

Cet enfant est blond, fort pour son âge, bien portant d'habitude, mais depuis ses premières années, il a une incontinence d'urine et de matières fécales, qui se manifeste presque toutes les nuits et assez souvent le jour. Depuis un an, il y avait une grande amélioration du côté des fonctions du rectum, les matières étaient le plus souvent retenues. Mais, depuis son entrée dans nos salles, l'incommodité a pris un développement extrême, toutes les excrétions se font involontairement; il ne demande jamais le bassin. Cette circonstance a eu des conséquences désastreuses. Le fragment inférieur du fémur avait une grande tendance à remonter sur le supérieur; il était donc important de maintenir la coaptation au moyen d'un appareil méthodique. Mais l'infirmité de cet enfant, d'ailleurs assez indocile, paralysait tous les efforts tentés dans ce but. Divers moyens ont été essayés sans résultat avantageux. Le pansement était souillé à chaque instant, et, outre son défaut de solidité, il produisait, malgré tous les soins, une atmosphère infecte autour du malade. De plus, la plaie de la cuisse, entretenue par le contact des excréments, prenait un mauvais caractère, et, par les douleurs auxquelles elle donnait lieu, gênait encore beaucoup l'application des attelles.

Quels services ne rendrait pas à la pratique, dans de telles circonstances, un remède qui ferait cesser l'infirmité! Malheureusement nous n'avions pas alors dans la belladone la confiance que ces expériments nous ont inspirée depuis.

11 avril. Deux pilules.

17 avril. Aucun résultat. Trois pilules.

20 avril. Amélioration. Depuis le 17, le malade prévient quelquefois, et peut attendre qu'on lui donne le bassin. Le plus souvent cependant il souille son lit.

1er mai. Même état à peu près.

10 mai. Il n'y a pas eu de selles involontaires depuis le 1er mai. De temps à autre incontinence d'urine. *Exeat.*

Janvier 1858. La mère de cet enfant m'écrit que depuis la sortie de l'hôpital le traitement a été cessé. L'incontinence des matières fécales ne s'est pas reproduite. Persistance de l'incontinence d'urine nocturne.

D'après mes conseils, on donne le sirop de belladone. Au bout de huit jours, amélioration. Au bout de quinze jours, guérison. Cependant, quand on suspend l'administration de la belladone pendant quelques jours, l'incontinence d'urine reparaît.

Cette première expérimentation offre des résultats remarquables, puisque trois enfants sur quatre ont été débarrassés de leur dégoûtante infirmité. Il est même permis de supposer, comme le fait remarquer M. Bercioux, que si, chez l'enfant qui fait le sujet de

la dernière observation, l'emploi de la belladone avait été continué aussi longtemps, le succès de la belladone n'aurait pas été moins complet. Un fait, qui n'échappe pas à notre jeune confrère, est que la belladone a paru agir plus rapidement sur les fonctions du rectum que sur celles de la vessie; cette remarque a été déjà faite à propos des quelques observations analogues qui ont été publiées à l'appui de la médication strychnique.

Ces bons résultats de l'emploi de la belladone sur les troubles des fonctions de la vessie et du rectum constatés, M. Bercioux cherche à expliquer l'influence du médicament et tente de prouver que la belladone, qu'on a classée jusqu'ici parmi les agents stupéfiants, doit être classée désormais au nombre des médicaments excitants, à côté de la strychnine et de l'ergot de seigle; et cela parce que la belladone guérit une affection que notre auteur considère comme une atonie musculaire. M. Bercioux, au début de son travail, avait émis une pensée qui aurait dû l'empêcher de se livrer à une aussi longue disquisition des propriétés stimulantes de la belladone : « Que si le rationalisme en thérapeutique ouvre quelquefois des voies nouvelles, trop souvent aussi il égare les pas de l'observateur. » C'est ce qui lui est arrivé dans ce cas.

L'incontinence d'urine est le résultat de la rupture de l'équilibre qui existe entre les deux puissances musculaires de la vessie. Tandis que M. Trousseau admet une irritabilité exagérée des fibres musculaires du réservoir que l'emploi de la belladone finit par émousser, M. Bercioux considère la maladie comme l'effet d'un état d'atonie des fibres du sphincter, dont triomphe l'action stimulante de la solanée. N'y aurait-il pas une troisième manière d'expliquer le phénomène morbide? Ce serait de considérer la rupture de cet antagonisme comme un trouble dans l'innervation de l'organe; la belladone, par ses propriétés spéciales, triomphe de ce trouble et rend la fonction de l'excrétion urinaire à son type normal.

Cette explication a du moins pour elle de ne pas rompre avec les notions classiques, quant aux propriétés de la belladone.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement *dans les cas de chute de la muqueuse et du vagin, prééminence de la version sur l'emploi du forceps.* Les auteurs classiques donnent dans ces cas le conseil de soutenir la membrane muqueuse du vagin, de la faire rentrer, si on le peut, pendant le cours du travail et de terminer celui-ci par l'application du forceps. M. le docteur Bonnet, chirurgien de la Maternité de Poitiers, est conduit, par les deux seuls faits dont il a été témoin, à discuter la valeur de ce précepte. En effet, dans les deux cas le forceps fut appliqué tout d'abord et ne put faire franchir à la tête l'anneau induré, constitué par la muqueuse prolabée, tandis que la version, à laquelle il fallut recourir en dernière ressource pour terminer l'accouchement, permit alors de dégager la tête sans trop de difficulté. En présence de ce résultat, on voit combien l'enseignement classique souffre d'exceptions ; aussi l'auteur est conduit à se demander s'il ne serait pas plus rationnel de lui préférer tout d'abord la version, quand toutefois les organes seraient assez bien disposés pour qu'elle pût s'exécuter. Il fait remarquer que, lors de l'application du forceps, c'est le gros de la tête que l'on engage, tandis que par la version le corps de l'enfant élargit, en passant le premier, le passage que la tête doit traverser plus tard. (*Bull. de la Société de méd. de Poitiers*, n° 27, 1858.)

Acétate d'alumine. *Son action sur les plaies, ulcères, etc.* M. le professeur Burow ayant remarqué les propriétés désinfectantes de l'acétate d'alumine, que l'on emploie avec avantage dans les raffineries de sucre pour empêcher la putréfaction du sang, a eu l'idée d'appliquer cette substance au traitement des plaies suppurantes. Voici de quelle manière il conseille de préparer l'acétate d'alumine officinal.

On fait dissoudre dans aussi peu d'eau chaude que possible, d'un côté 10 parties de sulfate d'alumine, d'un autre côté 17 parties d'acétate de plomb cristallisé ; on mêle les deux solutions chaudes, on laisse reposer, puis on filtre le mélange ; il reste sur le filtre du sulfate de plomb qu'on lave avec un peu d'eau chaude. Le liquide filtré est saturé par du gaz sulfhydrique jusqu'à ce qu'il dégage l'odeur caractéristique de ce gaz ; on sépare à l'aide du filtre le sulfate de plomb, puis on chauffe jusqu'à ce que l'odeur du gaz sulfhydrique ait disparu. On filtre de nouveau, et l'on ajoute autant d'eau qu'il en faut pour que le tout représente 18 parties. On a alors un liquide dont une once renferme un gros d'acétate d'alumine.

M. Burow a expérimenté cette liqueur sur lui-même. A la dose de 30 gouttes, il en a éprouvé les premiers effets, consistant en une sensation de chaleur et de plénitude dans la région de l'estomac. A la dose de 60 gouttes, ces symptômes ont augmenté, et il est survenu des vertiges et un embarras de tête qui ont duré plusieurs heures. D'après cela on peut regarder le médicament comme agissant à la dose de 20 gouttes, et la dose de 60 gouttes peut être considérée comme un maximum. Du reste, l'auteur se propose de revenir plus tard sur l'usage interne de ce médicament. C'est de l'usage externe seul qu'il s'agit ici. M. Burow assure s'en être bien trouvé, surtout dans le traitement des ulcères chroniques des jambes, dans les cancers en suppuration, dans les ulcères gangréneux, etc. Il n'existe pas, suivant lui, de substance qui s'oppose avec autant d'énergie à la décomposition putride, et qui modifie d'une manière aussi favorable les sécrétions morbides de l'organisme. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. médicale*, juillet.)

Allaitement. *Emploi du collodion comme moyen de faire saillir les bouts de sein plats et peu développés.* Lorsque les mamelons sont peu développés et que les femmes ont négligé de les préparer pendant les derniers temps de la grossesse, le début de l'allaitement leur offre quelquefois de grands embarras. Sous l'influence de la tuméfaction du sein, le mamelon semble avoir disparu ; voici le moyen de le faire saillir : on couvre la peau qui entoure le mamelon, dans une largeur de quatre centimètres, avec du collodion. La compression produite par la rétraction de cette substance fait saillir le mamelon suffisamment pour permettre l'allaitement, même dans les

cas où le fait paraît impraticable. La moitié interne de l'aréole ne doit pas être recouverte de collodion. La succion déterminée par l'enfant et la détuméfaction du sein sont deux causes qui se réunissent pour permettre l'accomplissement ultérieur de l'allaitement. (*Med. Zeitung Rugl.* et *Rev. de Thérap.*, juillet.)

Erysipèle (*Application du liniment oléo-calcaire au traitement local de l'*). Dans l'érysipèle (et c'est principalement de l'érysipèle de cause interne qu'il est ici question), à côté du traitement général qui le plus souvent consiste dans l'emploi des évacuants et surtout des vomitifs, mais qui, quelquefois aussi, peut comporter celui d'autres moyens, tels que les émissions sanguines, les antispasmodiques ou les toniques, il est indiqué d'instituer simultanément un traitement local destiné à combattre l'état inflammatoire de la peau, à calmer les sensations douloureuses qui l'accompagnent, et à empêcher l'exanthème de s'étendre, si tant est qu'on y puisse parvenir par les moyens de cet ordre. Bien des agents ont été mis à contribution pour remplir cette indication, et de tous, ce sont certainement les plus simples qui sont les meilleurs dans la majorité des cas. A ces agents, M. le docteur Tournié vient d'en ajouter un qui n'a rien de nouveau, il est vrai, mais qui n'avait pas encore été, que nous sachions, employé à cet usage. Ce médecin, trouvant quelque analogie entre les lésions des premiers degrés de la brûlure et les phénomènes externes de l'érysipèle, a eu l'idée que le topique qui réussit si bien contre l'une pourrait avoir le même succès contre l'autre, et il a été conduit ainsi à essager le liniment oléo-calcaire dans le traitement local de l'érysipèle. Le mode d'administration consiste à faire des onctions, plusieurs fois répétées chaque jour, sur toute l'étendue de la région envahie, qu'on recouvre ensuite d'une ouate enduite du même liniment. Dans tous les cas où les applications ont été faites, elles ont amené une diminution rapide et très-sensible de la sensation de chaleur mordicante et douloureuse que détermine l'érysipèle, et si elles n'en ont pas toujours immédiatement arrêté les progrès, si elles ne l'ont pas empêché de s'étendre, du moins elles l'ont éteint à mesure qu'il gagnait du terrain ; chez aucun malade, la durée de la maladie n'a dépassé le terme de six jours. Sans doute le liniment oléo-calcaire n'a eu qu'une part bien modeste dans ce dernier résultat, et M. Tournié ne se fait pas d'illusion à cet égard. Quoi qu'il en soit, la douleur est un élément morbide dont l'élimination ou le simple soulagement est du plus haut intérêt en médecine pratique, et les praticiens sauront gré à notre estimable confrère d'avoir recommandé à leur attention un agent dénué de tout inconvénient, d'un emploi très-facile, et qui semble véritablement avantageux dans les limites restreintes qu'il paraît rationnel d'assigner à son action. (*Union méd.*, juillet.)

Hémorrhagie *compliquant un catarrhe de la vessie, traitée avec succès par l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur*. Après avoir signalé, dans sa Revue médicale, les résultats de l'emploi du perchlorure de fer, dans le traitement de l'utérite, obtenus par M. Barudel, M. le docteur Vigla rapporte une observation de catarrhe chronique très-intense de la vessie, compliqué d'hémorrhagie due à la présence permanente d'une sonde dans cet organe et contre lesquels il a mis en usage avec succès le nouvel agent médicamenteux. L'emploi à l'intérieur de l'infusion de bourgeons de sapin et de la térébenthine n'ayant pu modifier l'écoulement sanguin, qui était assez abondant pour compromettre la vie du malade, M. Vigla eut l'idée de leur substituer le perchlorure. Dès le second jour de son emploi ce symptôme avait complétement cessé et, un peu plus tard, la sécrétion purulente avait elle-même diminué des deux tiers; aussi ce médecin ne désespérait pas, en raison des bons effets obtenus depuis quinze jours, de voir céder l'état catarrhal. Voici la formule dont M. Vigla a fait usage :

Pr.	Eau distillée......	250 grammes.
	Solution de perchlorure de fer..	12 grammes.

Faire prendre au malade deux fois par jour, un peu avant le repas, une cuillerée à café de la solution précédente.

M. Vigla fait remarquer, avec juste raison, que les accidents que peut produire la coagulation dans la vessie doivent rendre très-suspect l'emploi du perchlorure de fer en injections et qu'il sera plus prudent, sous ce rapport, de s'en tenir à l'usage interne. En présence de l'amélioration remarquable éprouvée par son malade, ce médecin a été conduit à se demander si

l'essai du nouveau sel de fer ne serait pas indiqué dans le traitement du catarrhe vésical, non compliqué d'hémorrhagie ? L'innocuité de la médication autorisait la tentative, mais nous avons appris de M. Vigla que le résultat n'avait pas réalisé ses espérances à cet égard. (*Journ. de pharmacie*, juillet.)

Iode (*Emploi de la teinture d'*) *contre les cors aux pieds*. Ce moyen est signalé par les docteurs Varges et Wager. On étend avec un pinceau un peu de teinture d'iode sur la production dermique, on répète l'application plusieurs fois dans la journée, et l'on continue de la sorte jusqu'à la guérison. Après chaque application, les douleurs se calment, la callosité diminue et la peau désorganisée redevient souple. Lorsque les cors existent entre les orteils, nous avons eu recours, avec succès, à l'usage d'un mélange, à parties égales, de glycérine et de teinture d'iode. Une petite rondelle d'agaric, imbibée du liquide, est portée sur l'altération dermique, ce qui permet de répéter les pansements seulement le matin et le soir. (*Zeit. fur med. ch*, et *Revue de Thér.*, juillet.)

Ongle incarné. *Emploi de la cautérisation indolore*. A propos d'une revue des divers moyens de traitement de l'ongle incarné, le docteur Vaucanu signale le procédé de la cautérisation potentielle, comme celui qui lui a donné les succès les plus constants. « Le procédé est fort simple. Je fais mettre le malade dans un fauteuil, les pieds sur un tabouret. Je circonscris toute la partie malade avec un morceau de sparadrap; ensuite j'applique de la pâte de Vienne, que je laisse pendant quinze à vingt minutes. J'enlève le tout, et le pansement se fait avec de la charpie couverte d'onguent basilicum. Quand l'escarre est tombée, on panse à sec, et, au bout de trois à quatre semaines, la guérison est parfaite et sans récidive. »—Ce traitement de l'ongle incarné est fort ancien, fait que paraît ignorer l'auteur, mais la possibilité où l'on est aujourd'hui de pouvoir rendre la cautérisation indolore, en ajoutant une préparation d'opium à la pâte caustique, que celle-ci soit faite avec la potasse ou la poudre de Vienne, nous engage à rappeler l'attention des praticiens sur ce moyen. La petite quantité de caustique nécessaire pour cette opération permet de se servir de morphine, sans imposer un lourd sacrifice au malade. (*Revue de Thér. méd.-chir.*, juillet.)

Quinine (*Amaurose causée par l'emploi de la*). Parmi les troubles qui se manifestent dans les fonctions sensoriales, à la suite de l'administration du sulfate de quinine, ceux qui ont pour siége l'appareil de l'audition, étant plus constants et paraissant avec plus de promptitude, sont de beaucoup les mieux et les plus généralement connus. Mais ils ne sont pas les seuls, et le sens de la vue peut se trouver atteint, aussi bien que celui de l'ouïe. Ces troubles de la vision, bornés ordinairement à des bluettes, peuvent devenir beaucoup plus prononcés et aller parfois jusqu'à l'amaurose, comme ceux de l'audition vont jusqu'à la cophose. Il est assez curieux, pour le dire en passant, de mettre cette amaurose, due à l'action de la quinine, en regard de ces fièvres intermittentes pernicieuses amaurotiques dont parlent quelques auteurs, entre autres J. Frank, t. I, p. 105, et dont cette même quinine serait précisément le remède. Quoi qu'il en soit, la perte de la vue résultant de cette cause est un fait qui a été signalé par divers auteurs, notamment par MM. Trousseau et Pidoux, par M. Briquet, dans son Traité du quinquina, par M. Nélaton, dans ses Éléments de pathologie chirurgicale, t. III, p. 246. Le professeur Grœfe, de Berlin, a observé deux exemples d'amaurose qu'il attribue à la quinine. Dans l'un des cas, le malade avait fort bien remarqué que l'affaiblissement de l'œil droit qui, en peu de jours, avait perdu toute perception visuelle, s'était accru en proportion de l'augmentation des doses du médicament. Des évacuations sanguines locales répétées firent assez promptement justice des accidents.—Nous disions naguère, à propos de la micropie due à l'usage local de la belladone : « Il ne suffit pas au médecin de savoir remplir les indications thérapeutiques, il faut encore qu'il sache prévoir ou s'expliquer, quand elles ont lieu, les actions particulières que peuvent provoquer les agents médicamenteux qu'il prescrit. » Cette réflexion trouve également ici son application. (*Echo méd. de Neufchâtel*, juillet.)

Rougeole. *Son traitement par les frictions de lard*. Nous avons fait connaître à nos lecteurs la méthode de traitement de la scarlatine, préconisée en Allemagne par le docteur Schnee-

mann, et qui consiste dans l'emploi des frictions graisseuses à haute dose, faites plusieurs fois par jour, pendant quatre semaines, sur tout le corps, à l'exception de la tête, avec un morceau de lard incisé et légèrement chauffé. Cette méthode et les avantages qui lui sont attribués ont été suffisamment exposés dans les volumes XXXVII (p. 385) et XLI (p. 184) de notre collection ; nous n'y reviendrons donc pas. Des praticiens célèbres, et justement cités pour les maladies des enfants, Mauthner, à Vienne, Walz, à Saint-Pétersbourg, Ebert, à Berlin, après avoir, à leur tour, expérimenté ce traitement dans la scarlatine, ont fait, ainsi que le docteur Schneemann, l'application à la rougeole, et, paraît-il, avec des résultats également favorables. M. le docteur Cornaz, de Neufchâtel (Suisse), vient aussi d'y avoir recours dans une épidémie de rougeole qui s'est manifestée dans cette ville. Sur 53 cas qu'il a eu à traiter, il a pu employer 39 fois les frictions de lard, et, d'après cette expérimentation, il se montre convaincu de la réalité des bénéfices qu'on attribue à la méthode des frictions graisseuses. Il n'a perdu aucun de ses malades ; mais il est bon de remarquer que, de son aveu même, l'épidémie s'est montrée bénigne. Aussi, de peur que cette bénignité et la faiblesse de ses chiffres ne laissent des doutes dans les esprits, M. Cornaz s'appuie des résultats du docteur Walz qui, sur 545 malades soumis à ce traitement (dont 251 observés par lui-même), n'a eu à enregistrer que 3 décès, et encore les victimes étaient-elles deux tuberculeux et un enfant atteint d'un anévrisme de l'aorte ascendante. (*Écho médical de Neufchâtel*, juillet.)

VARIÉTÉS.

RÉCLAMATION DE M. DIDAY.

A M. le rédacteur en chef du Bulletin général de Thérapeutique.

« Mon cher confrère,

« Dans votre avant-dernier numéro, à l'occasion de mon *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, vous écrivez ceci : « Qu'elle s'adresse aux morts ou aux vivants, la critique doit être polie, délicate, et s'interdire comme un crime les gros mots... Il y a çà et là, dans le livre de M. Diday, quand il s'agit de Vidal, des mots que, dans l'intérêt du savant médecin de Lyon, nous voudrions pouvoir effacer ; nous ne pouvons que les oublier. »

« Dans mon intérêt même, mon cher confrère, je viens justement vous prier de faire un effort de mémoire, et de citer ces gros mots. Depuis dix-huit ans que je fais publiquement de la critique médicale, c'est la première fois qu'un tel reproche m'atteint. Ne m'accorderez-vous pas le droit de réclamer au moins qu'il soit justifié ? Je le demande aussi dans l'intérêt des saines doctrines syphilographiques. La violence et l'injure étant toujours du côté de l'erreur, c'est créer un préjugé en sa faveur, que de prétendre qu'on a été insulté. Je n'entends pas laisser à nos adversaires cet avantage.

« Ma demande est donc bien simple. Vous me reprochez des gros mots, veuillez les reproduire textuellement extraits de mon ouvrage. Cette épreuve vous suffira pour mettre vos lecteurs, à qui j'en appelle de votre jugement, à même de décider si, dans un livre de plus de 500 pages consacré à la critique d'un auteur dont la bonne foi scientifique me paraissait fort suspecte, j'ai gardé ou j'ai dépassé les bornes de la bienséance.

« Vous retrancheriez-vous, pour me refuser cette satisfaction, derrière l'étendue d'une pareille reproduction, ou le peu d'intérêt qu'elle offrirait à vos abon-

nés ? Je comprends le second au moins de ces motifs; mais voici, en ce cas, ma réponse : veuillez insérer dans votre journal la présente lettre, et je vous promets, moi, d'insérer sans retard, dans la Gazette médicale de Lyon, la liste, si longue soit-elle, des expressions impolies et des gros mots que vous auriez découverts dans mon livre. D'une manière ou de l'autre, le lecteur sera édifié, et c'est là mon unique but : il saura à quoi s'en tenir sur la justesse du reproche que vous m'adressez.

« Veuillez, etc.,

P. Diday,

« Rédacteur en chef de la Gazette médicale de Lyon. »

RÉPONSE.

Les auteurs se suivent et se ressemblent, et, bien qu'une longue habitude de la critique scientifique eût dû, ce semble, apprendre à M. Diday le danger de ces sortes de récriminations, *la fibre irritable du dieu* l'a emporté, et il se plaint : à nous donc de nous justifier.

Nous aurions pu répondre au savant médecin de Lyon sans relire son livre, car la lettre même que nous venons de transcrire porte l'empreinte du sentiment qui tend à donner à sa critique une sorte d'hostilité posthume que nous avons blâmée. Comment ! on déclare nettement suspecter la bonne foi scientifique d'un auteur dont on étudie le livre, et l'on ose demander, en présence d'une pareille déclaration, que l'on vous prouve que les bornes de la bienséance ont été dépassées ! Si ceci n'est pas de l'injure, qu'est-ce que c'est donc que l'injure ? Pour nous, nous jugeons autrement les choses, et si nous avions à faire un travail analogue à celui de M. Diday sur un point quelconque de la science, et qu'un homme se présentât au seuil de la question dont l'improbité nous fût démontrée, nous n'emploierions pas 500 pages à parler de cet homme, nous l'éliminerions immédiatement. Il n'y a pas de science possible avec le mensonge.

Mais allons au delà de cette lettre, et voyons, si dans l'*Exposition des nouvelles doctrines syphilitiques*, rien ne vient trahir le sentiment, fondé ou non, qui vient de se révéler si imprudemment tout à l'heure.

Si agréable à lire que soit la prose de M. Diday, il ne pense pas sans doute que nous allons rééditer ici, au profit des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, une partie de son livre ; nous n'avons ni le loisir ni l'espace nécessaires pour cela : qu'il nous suffise d'abord de rappeler ici quelques mots que nous appelons des gros mots, parce qu'en somme ils ne vont à rien moins qu'à faire considérer Vidal comme un imposteur. Est-il autre chose que cela, ou mieux veut-on le faire passer pour autre chose que cela, l'homme qu'on représente comme dénaturant une observation par *un habile laconisme* (p. 52), dont on dit ailleurs (p. 41) : « Quo pensez-vous de la manœuvre ? » ou encore : « Parez-vous mieux, ou renoncez à nous séduire » (p. 168). Là et ailleurs, la plume légère de M. Diday ne fait qu'effleurer l'épiderme du pauvre mort. Plus loin, il scalpe ; écoutez plutôt : « Halte-là ! cette assertion vaut, pour elle toute seule, le plus absolu des démentis. Erreur monstrueuse, audacieux mensonge, vous ne l'abriterez pas impunément sous une confusion volontaire. » (p. 182). — Et encore : « Vous le voyez, mon ami, ce mot que la nature refuse de prononcer, le voilà écrit dans un livre. En face de pareils excès, la critique reste silencieuse. Ses armes ordinaires lui tombent des mains. Et dans sa juste stupeur, elle ne peut, puisque l'expérience a surabondamment prononcé, qu'en appeler à la pudeur publique ! » (p. 184). — Et puis : « Philosophie !ah ! vous mentez aussi effrontément à la langue qu'à la conscience publique ! L'amour de la sagesse inspira-t-elle

jamais un crime ? Philosophie ! appliquez-vous donc ainsi, à votre manière, le nouveau système d'études ! et croyez-vous la morale aussi aisée à séparer de la logique dans le monde réel que dans le monde universitaire ? » (p. 402.)

La violence de la critique, quand il s'agit de Vidal, perce dans ce livre, même à travers les réticences. M. Diday demande quelque part à Vidal quel traitement il oppose à un accident de la syphilis : la saignée peut y convenir dans quelques cas, répond celui-ci.— «Qu'en veux-tu faire de ce sang?... » riposte aussitôt le médecin de Lyon. La bête féroce de J.-J. Rousseau est supprimée, c'est vrai, mais la mémoire du lecteur comble cette lacune, et l'impression d'une critique excessive est produite, et ne s'efface pas.

Nous pourrions citer plus d'une page encore du livre de M. Diday, où, quelque opinion qu'on ait sur le fond des questions, l'on regrette la violence du langage de l'auteur. Ce n'est point à les traiter ainsi, que l'on recommande la critique, que l'on recommande la science : puisqu'il a plu à M. Diday d'en appeler à nous-même d'une critique qui eût dû, ce nous semble, lui être si légère, nous risquerons encore une remarque. Nous l'avons dit déjà : dans une certaine école syphilographique, l'observation frise parfois l'anecdote, et l'anecdote la gravelure. Nous n'aimons point à sentir dans un livre de science ces parfums âcres des priapées antiques; nous ne voudrions pas qu'un autre Mirabeau puisât là ses matériaux impurs pour remplir les pages de quelque nouvel *Eroticon biblion*. Dans l'intérêt de la philosophie, dont tout à l'heure il parlait si éloquemment, M. Diday eût dû effacer de son livre quelques pages d'un goût douteux, celles, par exemple, où il parodie d'une manière scandaleuse les paroles sacramentelles d'un dogme chrétien, comme celle où il rappelle aux élèves de l'école de médecine de Lyon certains désordres de mœurs, qu'il convertit en une expérimentation par laquelle *ils ont bien mérité de la science*. Voilà comme on compromet la dignité de la profession médicale; il n'y a dans tout cela, nous en sommes sûr, qu'un entraînement d'homme d'esprit; ce n'est là, toutefois, qu'une circonstance atténuante, et nous voudrions que M. Diday se passât d'indulgence.

Par décret impérial daté de Cherbourg sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Colson et Chaspoul, chirurgiens de première classe de la marine, et M. J. Lecoq, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine.

M. le professeur Denonvilliers est chargé de présider la session d'examen qui aura lieu en septembre prochain, pour la réception des officiers de santé, dans les écoles préparatoires de Paris, d'Amiens, de Caen, de Rennes, de Poitiers, et M. le professeur Martins dans celles d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux.

La Société de médecine du dixième arrondissement de Paris avait ouvert un concours pour le meilleur travail manuscrit ou imprimé sur un sujet quelconque de médecine ou de chirurgie. Le prix, de 300 francs, vient d'être décerné à M. le docteur Ollier, pour sa thèse sur les tumeurs cancéreuses.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique, en ce qui concerne le traitement de la chorée.

Par le docteur H. Bourguignon, lauréat de l'Institut [1].

Il me paraît utile, avant d'exposer le traitement de la chorée, de dire quelques mots sur sa pathogénie, et de bien préciser quels phénomènes pathologiques on doit combattre : *Cognitio morborum est materia remediorum.*

La chorée est une maladie qui présente, dans la généralité des cas, une agitation désordonnée des membres, un affaiblissement de la force musculaire, un trouble passager des fonctions psychiques. La description des symptômes a mis ces différentes perturbations nerveuses dans toute leur évidence, et je puis poser en principe que cette maladie est une affection à la fois générale et locale : générale, en tant que diathèse cachée sous le masque de la chlorose, de l'anémie, du rhumatisme, de la scrofule, de la syphilis; locale, en tant que trouble de l'intelligence, désordres et diminution de la contractilité musculaire.

Je n'ai point la prétention de dire quelle est la nature de la diathèse choréique, mais j'admets pour plus de clarté la réalité de son existence. Il le faut bien, puisque nous voyons cette affection précéder ou suivre des états pathologiques qu'on considère ailleurs comme des maladies, et dont nous faisons ses causes les plus ordinaires. La chlorose, le rhumatisme, par exemple, paraissent être, dans des cas donnés, la cause la plus efficiente de cette maladie; mais, comme M. Aran l'a fort bien dit dans son rapport sur le mémoire de M. Sée, il suffit que la chorée puisse exister sans le rhumatisme;

---

(1) Lorsque la mort est venu frapper si prématurément notre regretté collaborateur Sandras, il préparait une nouvelle édition de son *Traité des maladies nerveuses.* M. le docteur Bourguignon, tant pour honorer la mémoire de son beau-père que pour conserver un ouvrage si bien accueilli par le monde médical, n'a pas hésité à compléter son œuvre.

La chorée est une des maladies que Sandras n'avait pas eu le temps de revoir. M. Bourguignon y a fait les additions commandées par les progrès de la physiologie et de la thérapeutique; nous empruntons à cette seconde édition la partie du traitement, afin de prouver que notre laborieux confrère n'est pas resté au-dessous de la pieuse tâche qu'il s'est imposée. (*Note du Rédacteur.*)

il suffit que le rhumatisme se développe pendant et après la chorée, comme les exemples n'en sont pas rares, pour qu'on ne l'attribue pas exclusivement à une diathèse chlorotique ou rhumatismale. Le rhumatisme joue ici le rôle des principes syphilitiques ou scrofuleux; il n'est pas indispensable, il est plus commun que ces derniers, voilà tout. Il me suffit que la chorée conserve tous ses caractères connus, sous l'influence d'une cause rhumatismale ou autre, pour que je la sépare nettement de cette maladie étiologique, et pour que dans le traitement général je ne perde jamais de vue son entité morbide. Aussi nous préoccuperons-nous d'abord, dans le traitement, de l'individualité dite choréique, puis de ses causes générales les plus probables: rhumatisme, chlorose, etc., sans nous dissimuler toutefois que le même traitement par le tartre stibié, la gymnastique ou les bains sulfureux, paraissant dans certains cas tout aussi efficace contre la cause que contre la maladie elle-même, nous aurons tendance à ne faire aucune distinction entre ces divers éléments de la question.

Ces règles posées quant au traitement général, et dont il ne faut pas exagérer au fond la valeur réelle, arrêtons-nous un moment sur les indications du traitement local.

Les désordres locaux ont pour siége les systèmes nerveux et musculaire. Quant au système nerveux, il peut être affecté dans l'exercice de ses fonctions sensitives et motrices, chacune d'elles prise isolément ou collectivement; quant au système musculaire, il paraît être troublé dans la propriété contractile dont il jouit intrinsèquement, en dehors de l'excitation nerveuse, électrique, qu'il reçoit de la moelle. Le défaut de coordination dans l'ensemble des mouvements, les contractions saccadées des muscles, la légère diminution de la sensibilité, le tout frappant le plus souvent une moitié du corps plus que l'autre, permettent de supposer que la diathèse générale localise plus spécialement son action sur certaines parties des centres nerveux qui président aux fonctions de la coordination et de l'excitation motrice; de là, l'indication d'avoir recours à certains médicaments qui, comme la strychnine, ont une action marquée non pas sur la contractilité musculaire isolée, locale, mais sur le foyer central d'où part l'excitation qui fait contracter les muscles; et si d'autre part le muscle lui-même a perdu l'exercice des fonctions qui lui sont propres, l'utilité du courant électrique se montre dans toute son évidence.

J'en ai dit assez pour faire comprendre que le traitement doit être à la fois général et local, et pour montrer ce que nous promet

dans l'avenir l'application à la pathologie nerveuse des progrès de la physiologie expérimentale.

Traitement. — Je reconnais que j'établis une division plus fictive que réelle, quand je classe les agents curatifs en généraux ou internes, et locaux ou externes. Il est impossible qu'un médicament absorbé ne fasse pas sentir son influence sur les troubles locaux, puisqu'il réagit sur toute l'économie, et que, d'autre part, le traitement local ne soit pas à son tour profitable à l'ensemble des phénomènes morbides, surtout dans une maladie nerveuse ou le ***consensus totius substantiæ*** est aussi manifeste que dans la chorée.

On a tour à tour employé, comme traitement général, les antiphlogistiques, les narcotiques et antispasmodiques, les excitants, les contro-stimulants et les toniques.

Sydenham, qui attribuait la danse de Saint-Guy à une humeur irritante engorgée dans les nerfs; Boutielle, à une pléthore sanguine qui entravait la révolution de la puberté, conséquents l'un et l'autre avec leur théorie, ont conseillé et mis en pratique les saignées et les purgatifs. Ferrus, Serres, Lisfranc et autres, qui croyaient à une inflammation des tubercules quatrijumeaux, usèrent des saignées générales et locales. Starck et surtout Hamilton, qui en fixaient le point de départ dans un trouble fonctionnel ou organique du tube digestif, donnèrent la préférence aux purgatifs (calomel, huile de ricin, sulfate de magnésie). Les narcotiques, préconisés par quelques-uns, ont été rejetés par un bien plus grand nombre.

Je ne pense pas qu'aucune de ces médications doive être acceptée exclusivement, j'aurais plutôt tendance à les mettre toutes à contribution, *surtout dans les chorées aiguës*, et voici, en pareille circonstance, comment je me conduirais.

J'emploierais d'abord des bains, quand ils sont possibles; de l'opium porté aussi loin que le permet la tolérance essayée du malade; des affusions froides, quand elles ne suffoquent pas immédiatement dans les premiers essais qu'on en fait avec précaution. Ces premiers moyens m'ont semblé utiles dans le plus grand nombre des cas. Si, au milieu de tout cela, on voit se faire quelque congestion cérébrale, si on peut sentir un pouls ou développé ou fréquent, ou surtout dur, si on entreprend de traiter un adulte ou un sujet jeune et capable de supporter quelque évacuation sanguine, une saignée, qu'on répète au besoin, peut contribuer à redonner du calme et à pousser le sujet dans une autre forme de chorée.

D'autres moyens peuvent encore rencontrer suivant les cas leur moment d'application : les drastiques, quand on juge qu'il y a utilité à provoquer des évacuations alvines, ou à dériver sur les intestins ; les révulsifs le long du rachis, s'il y a probabilité de quelque irritation de la moelle épinière ou de ses membranes. Tous ces moyens nous semblent rationnels et utiles à conseiller ; mais nous avouerons n'avoir jamais rien recueilli de bon de la valériane, de l'assa-fœtida, du musc ni de l'oxyde de zinc. L'oxyde de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, les préparations mercurielles, les cantharides, nous semblent plutôt avoir été invoqués dans des tentatives désespérées, que sérieusement et raisonnablement conseillés sur les données scientifiques.

On a conseillé, parmi les excitants, les préparations de strychnine et d'arsenic, l'iode et ses composés. Tous ces médicaments peuvent avoir leur utilité, à la condition de bien saisir l'opportunité de leur application. Il est incontestable que la strychnine, utile quand l'atonie des muscles se joint à leurs mouvements désordonnés, ne serait pas aussi clairement indiquée quand le spasme prédomine, et surtout quand la danse de Saint-Guy a été précédée de maladies encore plus franchement convulsives. Je n'ai pas dans son action une confiance aussi entière que l'ont eue ou l'ont encore Lejeune, Cazenave (de Bordeaux), Rougier, Fouilhoux, Trousseau et son élève M. Moynier, bien que le défaut de coordination des mouvements et l'action spéciale de la noix vomique sur la substance grise de la moelle me laisse aujourd'hui entrevoir l'avantage qui peut résulter de son administration. J'y aurais donc recours exceptionnellement dans des cas rebelles, avec la double intention d'agir sur les fonctions digestives et sur les fonctions nerveuses. La strychnine, en effet, stimule l'appétit, combat la constipation si fréquente chez les choréiques. Quoi qu'il en soit, « la préparation à laquelle on doit donner la préférence est le sirop de sulfate de strychnine, qui contient 0,05 de sulfate pour 100 grammes de sirop de sucre, et dont la dose est subordonnée à l'âge du malade. On donne aux enfants, le premier jour, deux ou trois cuillerées à café du sirop ; on augmente tous les jours d'une cuillerée, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à six : alors on substitue chaque jour à la cuillerée à café une cuillerée à dessert. Quand on a atteint le nombre six, on remplace la cuillerée à dessert par des cuillerées à bouche. Arrivé à six cuillerées à bouche, le médecin doit en augmenter le nombre, mais d'une manière plus lente, en mettant entre chaque augmentation un ou deux jours d'intervalle. Pour les enfants, la limite est de sept,

neuf ou dix par jour. Ces doses doivent être régulièrement espacées dans les vingt-quatre heures : c'est donc environ toutes les quatre heures que l'on donne du sirop.

« Dès que le traitement est commencé, il faut être à la recherche des signes qui indiquent que ce médicament agit, et qui guident dans la conduite à tenir. Il faut que la dose soit élevée jusqu'à produire des roideurs tétaniques légères, et l'un des signes précurseurs de ces roideurs est la démangeaison du cuir chevelu et de la peau. Les muscles masséters sont les premiers atteints par le médicament, aussi doit-on fréquemment s'enquérir si le malade éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche; puis l'action se porte sur ceux des membres inférieurs. Le malade est quelquefois pris de roideur subite dans les jambes, et voulant marcher et porter le corps en avant, les jambes restent fixes, ou se laissent tomber à terre. Toute cette médication est soumise au principe suivant : *pas d'action curative sans effets physiologiques préalables.* La ligne de conduite est donc tracée, et l'on ne voit apparaître l'effet thérapeutique que lorsque les roideurs se sont montrées. » (Trousseau.)

La durée de ce traitement est de trente-trois jours pour les filles, et de soixante-quatorze jours pour les garçons. Ces chiffres n'indiquent pas que le sirop de sulfate de strychnine ait une supériorité bien marquée sur les bains sulfureux et la gymnastique, et peut-être pourrait-on attendre, d'un médicament qu'on recommande comme supérieur à tout autre, une action plus promptement efficace.

J'aborde maintenant l'étude d'une série de médicaments dont l'action fort complexe échappe encore à notre analyse, et par conséquent à notre raisonnement; je veux parler de ces modificateurs généraux, tels que les sels arsenicaux, l'iodure de potassium, le tartre stibié et le sulfate de quinine, auxquels je donnerais suivant les cas une certaine préférence.

N'oublions pas que la diathèse choréique semble tenir à un mélange d'altérations générales, qui, prises chacune isolément, offrent des indications spéciales. Aux enfants faibles et étiolés dont les fonctions nutritives et assimilatrices languissent, issus de parents de constitution herpétique ou qui ont eux-mêmes été tourmentés par des gourmes, je donnerais avec confiance au début la solution arsenicale de Fowler. Je le ferais avec d'autant plus de confiance, qu'un auteur recommandable, Romberg, lui donne la préférenec d'une manière générale sur tout autre médicament, et cela après avoir obtenu des résultats positifs dans des cas de chorées chroni-

ques qui avaient résisté à toutes les autres médications. Il cite entre autres trois exemples de guérison remarquable : un premier, obtenu chez une jeune fille affectée de chorée depuis huit ans; un second, chez une femme également malade depuis plusieurs années, et qui avait été inutilement soumise au fer, aux douches, aux dérivatifs, et qui fut guérie au bout de deux mois; enfin, un troisième exemple, constaté chez une jeune fille de dix-huit ans, choréique depuis six mois à la suite d'un rhumatisme articulaire. Cette dernière ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout, ni parler d'une manière intelligible, et ses mouvements étaient parfois si désordonnés, qu'il fallait venir à son secours et lui tenir les membres. Tous les remèdes avaient échoué : soumise, pendant huit semaines, à quatre gouttes de la solution de Fowler, elle guérit. Romberg n'a jamais été au delà de trois à quatre gouttes, trois fois par jour, mêlées à de l'eau distillée, et l'on ne dépasserait pas chez les enfants au-dessous de dix ans la dose maximum de trois à quatre gouttes par jour, soit une goutte toutes les six ou huit heures. L'intoxication, qu'on n'a d'ailleurs jamais eu à déplorer, s'annoncerait par une légère inflammation de la conjonctive.

Comment agit l'arséniate de potasse dans ce cas? Nous ne le saurions dire, pas plus que nous ne pouvons nous rendre compte de son action héroïque dans certaines diathèses herpétiques, dans les eczémas chroniques, le psoriasis, et dans cette autre névrose décorée du nom de fièvre intermittente; pas plus que nous comprenons ses effets physiologiques chez ces animaux dont il facilite l'entraînement, et chez les arsénicophages du Tyrol, qui lui doivent un teint plus frais, un embonpoint plus présentable, une respiration plus facile. Nous devons attendre un résultat salutaire de l'administration d'un médicament qui joint à des propriétés thérapeutiques incontestables une action physiologique reconstituante non moins positive, à la condition, toutefois, de ne pas oublier qu'il stimule et qu'il doit agir d'une autre manière que les contro-stimulants dont nous allons parler.

L'iodure de potassium est encore, mais sous un autre rapport, un de ces modificateurs généraux qui ont sur l'organisme livré aux influences morbides des diathèses une action puissante; aussi peut-il trouver son judicieux emploi, chez les sujets choréiques menacés congénialement ou actuellement par le vice scrofuleux. Nous en faisons un trop fréquent usage pour qu'il soit nécessaire d'insister sur son mode d'administration, ainsi que sur ses propriétés médi-

catrices diverses. M. Muller, de Bervilliers (Haut-Rhin), en a surtout obtenu de bons résultats.

(*La fin au prochain numéro.*)

De l'élément *spécificité* en thérapeutique [1].

Par le professeur Forget.

Les affections vermineuses et parasitaires, en général, sont une arène où se plaît à s'exercer la ferveur pour les spécifiques. Mais nos richesses sont telles sur ce point que la spécificité disparaît sous le nombre des agents réputés spécifiques. Nous signalons le fait, sans instruire le procès entre le semen-contra et la santonine, entre le kousso et le grenadier, entre le tatzé et le saoria. Du reste, cela s'entend particulièrement des entozoaires intestinaux; car, pour ceux qui se produisent dans l'intimité des tissus, nous ignorons les moyens de les détruire. Le soufre était naguère le spécifique de la gale; mais, depuis la manifestation de l'acarus, nous avons découvert une foule d'*acaricides*. Quant aux myco-dermes du muguet, du favus, etc., nous ne sommes pas plus avancés qu'avant leur découverte, et nos moyens consistent toujours à modifier les surfaces. Puissent ces curieuses révélations du microscope porter plus de fruits dans l'avenir !

Les empoisonnements proprement dits, si l'on en croyait les chimistes et les médecins légistes, seraient le beau idéal de la spécificité, car ils appellent directement les antidotes; mais, au point de vue de la médecine, il n'en est pas tout à fait ainsi. Pour la médecine, en effet, la première indication est d'expulser le poison, quel qu'il soit, ce qui n'a rien de spécifique, et, lorsque le poison a désorganisé les tissus ou s'est répandu dans l'économie, les antidotes arrivent trop tard; c'est à la médecine qu'il appartient de combattre les désordres [2]. Que dirons-nous des empoisonnements de source organique : l'infection purulente, contre laquelle notre impuissance est trop avérée; l'infection putride, contre laquelle nous ne possédons que des moyens généraux souvent illusoires?

Quels moyens avons-nous, dites-le moi, de chasser sans retour la matière tuberculeuse des poumons? de changer la nature des tissus

---

[1] Suite et fin. — Voir la livraison du 15 août, p. 97.

[2] *De la thérapeutique des empoisonnements en général.* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1842.)

cancéreux, d'enrayer la production de la mélanose, d'empêcher les reins d'enlever au sang son albumine, de séparer du sang la matière colorante de la bile, de détruire l'urée qui s'accumule dans le sang, etc.? L'aglobulie chlorotique semble faire exception, car les ferrugineux passent pour en être l'antidote. Le fait est que les chlorotiques et les anémiques se trouvent généralement bien de l'usage du fer; mais ce moyen est loin d'être infaillible, il faut que l'hygiène lui vienne en aide, et quelques objections très-spécieuses se sont produites contre la théorie de la réparation directe des globules et contre la spécificité du fer, qui pourrait bien n'être, comme le mercure, qu'un modificateur général. Je reconnais pourtant que c'est là une des spécificités thérapeutiques les mieux établies.

Quant aux affections spécifiques réputées simplement diathésiques, telles que les scrofules, le rhumatisme, la goutte, le scorbut, nous avons quelques moyens de les combattre avec plus ou moins de succès; mais ces moyens, d'abord, sont multiples, complexes, incertains ou insuffisants dans bien des cas; enfin il n'est pas démontré que ces moyens aillent droit à l'élément spécifique pour le neutraliser ou le détruire. Remarquez d'ailleurs que, de ces moyens, la plupart agissent manifestement sur les éléments organiques du mal et non sur la cause formelle; ce sont des modificateurs de l'organisme : nous ne savons rien, nous ne pouvons rien dire de plus. Les iodés ne guérissent pas toujours les scrofules, tant s'en faut, et ils prétendent à guérir bien d'autres maladies. Le colchique rend quelques services dans le traitement du rhumatisme; mais pourquoi tant d'autres soi-disant spécifiques prétendent-ils à le détrôner? Les alcalins modifient parfois favorablement la goutte; mais pourquoi cette maladie continue-t-elle à faire le désespoir des malades et des médecins? Le jus de citron est un bon moyen de combattre le scorbut; mais sans l'intervention de l'hygiène il est d'un faible secours.

Que devient donc cette interminable litanie des *anti*, qui s'étalent effrontément dans tous les formulaires et dans les colonnes de tous les journaux? L'amour-propre médical a beau se révolter et mettre en avant une foule de prétentions plus ou moins spécieuses, dont les mieux accueillies sont toujours les dernières, l'inflexible raison et la froide expérience sont là pour nous crier que ce sont illusions ou mensonges que toutes ces inventions. Cela ne veut pas dire qu'il n'en reste pas quelque chose, et que, dans un cas donné, ces remèdes, anciens ou nouveaux, ne puissent rendre quelques services. Tout ce que nous prétendons, c'est qu'on s'abuse sur la valeur de ces moyens

et qu'infiniment peu d'entre eux justifient leurs prétentions au titre de spécifiques. Mais poursuivons.

Serons-nous plus heureux avec les spécificités *symptomatologiques?* L'épilepsie n'est-elle pas toujours l'opprobre de l'art, en dépit d'assez vives apologies qui se sont produites récemment en faveur de la belladone, de l'oxyde de zinc, du sélin des marais, du valérianate d'atropine ou d'ammoniaque, etc., remèdes assez froidement accueillis par la généralité des praticiens? Le tétanos résiste le plus souvent au chloroforme, aussi bien qu'à l'opium. La chorée flotte entre les bains froids et les bains sulfureux, entre la strychnine et l'émétique à haute dose, et personne ne prétend guérir à coup sûr l'hystérie.

Pour ce qui concerne les inflammations dites spécifiques, la diphtérite et le croup se sont révoltés contre les alcalis et le chlorate de potasse, et les moyens directement destructeurs des fausses membranes sont encore ceux qui méritent le plus de confiance. Les inflammations ulcéreuses et gangréneuses paraissent aussi se trouver mieux des simples modificateurs locaux que des spécifiques généraux. Déjà nous avons parlé des exanthèmes aigus; rappelons seulement ici cette myriade de moyens abortifs de l'érysipèle, qui avorte si bien tout seul (¹).

Les inflammations dartreuses (exanthèmes chroniques), eczéma, psoriasis, favus, acné, etc., combien n'ont-elles pas suggéré de médications spécifiques, générales ou locales, sans parler des sulfureux! Or, malgré les récentes prétentions du collodion et de la glycérine, les dartres sont toujours un sujet de désolation pour les malades et pour les médecins.

Quant à l'intermittence, nous savons déjà que le quinquina est incontestablement le meilleur des antipériodiques, ce qui ne veut pas dire qu'il le soit toujours et qu'il soit le seul. Pour ce qui est de la marche aiguë ou chronique des maladies, on ne s'est point encore avisé de lui chercher des spécifiques particuliers.

Rien jusqu'ici, même le traitement le mieux dirigé, n'a pu empêcher certaines inflammations de passer rapidement à la forme purulente; rien n'a pu enrayer certaines phthisies aiguës ou galopantes. Jusqu'ici, le quinquina, le camphre, le musc et toute la série des antispasmodiques n'ont réussi qu'exceptionnellement à

(¹) *Une leçon clinique sur l'érysipèle.* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1857.) — *Recherches cliniques sur le traitement des exanthèmes fébriles.* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1841.)

conjurer ce qu'on appelle la malignité dans les maladies, contre laquelle le moyen rationnel par excellence, l'opium, est encore le meilleur, car s'il ne s'adresse pas à la cause, il est conforme aux effets; mais, par contre, la toute-puissance de l'art se révèle dans la plupart des cas des fièvres dites pernicieuses, dont nous prévenons presque à coup sûr l'issue fatale, en administrant à propos le quinquina.

Les spécificités que nous avons appelées *curatives*, celles constituées par les éventualités anormales, sinon imprévues, des effets des médicaments dans une maladie quelconque, ces spécificités échappent nécessairement à l'action de nos moyens préventifs, puisque nous ne pouvons les reconnaître qu'après coup. Mais cette notion ne doit pas être perdue et doit entrer comme élément capital dans nos déterminations ultérieures.

§ II. *De la spécificité thérapeutique.* — Il faut reconnaître deux ordres distincts de remèdes spécifiques, à savoir : les spécifiques de *maladies*, ce sont ceux dont il est spécialement question dans ce travail; et les spécifiques d'*organes*, ce sont ceux qui agissent tout particulièrement sur telle ou telle partie; tels sont la digitale, qui agit spécialement sur le cœur; la belladone, qui dilate la pupille; l'ergot de seigle, qui provoque les contractions de la matrice; les cantharides, qui stimulent les voies urinaires, etc.

Il n'existe aucune relation nécessaire entre les maladies spécifiques et les remèdes spécifiques. C'est-à-dire que les maladies spécifiques guérissent très-souvent sans remèdes spécifiques, et que des remèdes spécifiques peuvent guérir des maladies réputées non spécifiques. Ainsi un spécifique pourrait se rencontrer qui guérît l'inflammation simple.

De même qu'une modification quelconque peut impliquer un caractère spécifique dans les maladies, de même une simple variété de composition peut faire supposer des vertus spécifiques ou, si l'on veut, spéciales dans un médicament [1].

D'où il résulte que nous avons une infinité de remèdes spécifiques *possibles*, tandis que nous en avons infiniment peu de *réels*. Cet exemple donne une idée frappante de l'abîme qui, dans les sciences, sépare le vraisemblable du vrai, et de l'incurable légèreté avec laquelle nous concluons si souvent et si faussement du possible au réel. Cela s'applique directement à notre crédulité à l'endroit des spécifiques.

---

[1] *Existe-t-il des remèdes spécifiques?* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1834.)

Un spécifique modèle serait celui qui ne guérirait qu'une seule maladie, et la guérirait toujours. Comptez combien nous en possédons de cette espèce.

A mesure que le remède s'applique à un plus grand nombre de maladies et que ces maladies se laissent avantageusement modifier par un plus grand nombre de remèdes, le caractère spécifique se perd graduellement. C'est ce qui fait que nos spécifiques les plus avérés : le quinquina, le mercure, le fer, l'iode, sont bien près de tomber dans la banalité, tant leur usage s'est étendu à de nombreuses maladies, lesquelles, à leur tour, guérissent assez bien par plusieurs autres remèdes; témoin la fièvre intermittente, qui compte aujourd'hui vingt succédanés du quinquina, dont aucun, il est vrai, n'égale celui-ci; et la syphilis qui, comme nous l'avons vu, guérit sans mercure et par d'autres moyens que le mercure.

A ce compte, au lieu de s'enrichir, le catalogue des spécifiques s'appauvrirait tous les jours, car à peine un spécifique se produit-il pour telle maladie qu'il en surgit un autre, puis un autre, au point que certaines affections ont acquis, depuis moins de vingt ans, plus de vingt spécifiques, ce qui revient à dire qu'elles n'en ont réellement plus ; tels sont la fièvre typhoïde, la phthisie, le rhumatisme articulaire, les fièvres intermittentes, etc., etc.

D'autre part, chaque remède, produit comme spécifique à son origine, aspire bientôt à tant d'envahissements successifs, qu'il semble s'efforcer de dépouiller son caractère spécifique originel. Nous en avons un éclatant exemple dans la teinture d'iode en injection, qui, bornant d'abord très-modestement ses prétentions à guérir l'hydrocèle, s'est ingérée successivement de guérir l'hydrarthrose, l'ascite, la pleurésie, la péricardite, les kystes de l'ovaire, voire même, *bone Deus!* jusqu'à l'hydrophthalmie. Chemin faisant, elle a changé de sol et a passé des séreuses au tissu cellulaire, pour guérir les abcès de toute espèce, puis aux muqueuses pour guérir les stomatites, les angines, les maladies des voies génito-urinaires et celles du tube digestif, y compris la dyssenterie et l'entérite folliculeuse !!! Elle a fini par s'attaquer même aux os et se vante de guérir la maladie de Pott. Il est vrai que ses témérités ont rencontré quelques oppositions ; mais, quoi qu'il arrive, la teinture d'iode aura fait un assez beau chemin ; aussi devons-nous espérer que, même en rabattant beaucoup de ses prétentions, il en restera toujours quelque chose. Après cette grande odyssée de l'iode, à peine osons-nous rappeler les pérégrinations plus modestes des nouveaux élus : le collodion, la glycérine,

le chlorate de potasse, etc. Mais il serait injuste de passer sous silence l'hydrothérapie et les eaux minérales, qui semblent renier dédaigneusement le titre de spécifiques pour revêtir celui, plus majestueux, de panacées. Telle est, en effet, la tendance des remèdes nouveaux, petits ou grands ; tous semblent avoir pris pour devise le *quò non ascendam?*

C'en est assez, c'en est trop, peut-être, sur ce chapitre, qui ne manquera pas d'éveiller une foule de susceptibilités, mais dont il nous paraît difficile de contester la véracité, car nous assistons aux événements, que je demande la permission de résumer dans une petite note statistique qui, peut-être, ne paraîtra pas dépourvue d'intérêt.

Dans un journal hebdomadaire de huit pages qui me tombe sous la main (*la Presse médicale belge*), je trouve réunies cinq médications nouvelles : l'*uva ursi*, comme agent obstétrical ; la *conéine*, dans l'odontalgie ; la *strychnine*, dans l'anévrisme du cœur ; le *papier fumigatoire*, contre l'asthme ; les *pansements laudanisés* du col utérin ; sans parler de la formule du *thé de Saint-Germain* et autres minuties.

Or, à cinq médications nouvelles par semaine, cela fait deux cent soixante nouveautés thérapeutiques par an, soit *deux mille six cents* en dix ans !

Ceci n'est point un calcul fait à plaisir, car il trouve tout justement son contrôle dans un document sérieux, le dernier numéro de l'*Annuaire de thérapeutique* du professeur Bouchardat, pour l'année 1858, petit volume qui contient deux cent quarante articles de nouveautés thérapeutiques nées en 1857.

Maintenant, allez demander à nos vieux maîtres, à MM. Andral, Louis, Rayer et consorts, ce qu'ils ont conservé pour leur usage particulier des sept ou huit mille procédés nouveaux qui sont passés sous leurs yeux depuis trente ans !

Vous voyez que si les spécificités morbides et thérapeutiques sont très-nombreuses en théorie, elles sont très-rares en pratique. La nature, sous ce rapport, est infiniment plus habile que nous, et pourvoit généreusement, dans la plupart des cas, à notre impuissance.

La stérilité de nos efforts pour vaincre notre ignorance et notre impuissance ne justifie que trop le scepticisme, et ce qu'on appelle volontiers la routine des hommes désillusionnés par une longue et malheureuse expérience.

Mais, disent les gens débonnaires et ceux intéressés à pêcher en eau trouble, « ce sont là des doctrines désolantes ; c'est la consécra-

« tion de l'ignorance et de l'immobilité. Que deviendront les ma-
« lades qui veulent guérir? que deviendront les praticiens qui ont
« besoin de ressources nombreuses et variées? que deviendra la
« science qui vit de mouvement? Cette activité même que vous vi-
« tupérez n'est-elle pas une impulsion de l'instinct? A quoi bon
« cette stérile et décourageante phraséologie renouvelée de Bichat [1]?
« Vous n'empêcherez pas la terre de tourner et l'activité médicale
« de se produire, etc. » Eh! mon Dieu, je ne conteste pas la valeur de ces arguments. Que dans ces futiles labeurs les malades désespérés trouvent un rayon d'espérance consolatrice et les praticiens aux abois d'utiles ressources industrielles, c'est ce que nous ne voulons pas nier, nous convenons même que c'est quelque chose. Ce que nous blâmons, d'ailleurs, ce n'est pas l'usage mais bien l'abus, c'est-à-dire ce débordement de petites ambitions qui bouleverse incessamment le domaine médical. Vous envisagez la question sous une face et moi sous une autre, vous mettez chaudement en relief le côté sentimental et industriel de la profession, et moi j'insiste froidement sur les tristes réalités de la science. Chacun de ces points de vue peut avoir sa raison et son utilité : si la ferme confiance dans les destinées de l'art entretient le zèle et prépare le progrès, le scepticisme, de son côté, modère les élans inconsidérés et prévient les écarts dangereux. Bacon a dit que mieux vaut attacher du plomb aux pieds du génie que de lui prêter des ailes. Assez de gens sont enclins et intéressés à se distinguer par cette activité soi-disant progressive, pardonnez à d'autres bien moins nombreux, parce que leur rôle est plus ingrat, de signaler les écueils dont est semée cette carrière aventureuse. A chacun son mandat instinctif et providentiel.

J'avais l'intention de placer ici, en forme d'apologie et comme témoignage en ma faveur, bon nombre de citations empruntées à des autorités généralement révérées, telles que Fernel, Sydenham, Cullen, Frédéric Hoffmann, Boerhaave, Stoll, Bordeu, Stork, Macbride, Joseph Frank, Cabanis, etc., sans parler du satirique Gui-Patin et des philosophes Bacon et Montaigne, qui tous s'inscrivent en faux contre les remèdes spécifiques. Mais j'ai vu que cela m'entraînerait trop loin et j'attendrai une autre occasion d'offrir les textes à la curiosité des érudits. Je me borne, pour le moment, à transcrire quelques lignes empruntées à la précieuse Encyclopédie

(1) Voir Bichat, *Anatomie générale*; Considérations générales, p. 46, édition de 1801.

thérapeutique de Mérat et Delens : « On donne le nom de spécifiques aux médicaments que l'on croit propres à guérir sûrement et toujours une maladie. Cette confiance illimitée dans la propriété des agents médicinaux montre bien l'enfance de la médecine... Non-seulement nous ne possédons pas de spécifiques, mais nous ne pouvons pas en posséder, car il faudrait, outre la puissance absolue contre telle ou telle maladie, que cette puissance ne pût être influencée ni diminuée par certaines circonstances des affections morbides, telles que leur intensité, leurs phases, leurs complications, l'époque de l'emploi, l'infidélité du moyen employé, sa dose, etc.; ce qui ne saurait être... Cependant, si nous ne possédons pas des spécifiques véritables, on ne peut nier que quelques médicaments n'agissent plus spécialement que d'autres sur tel ou tel système d'organes, sur telle ou telle maladie. » (*Dictionnaire de matière médicale*, art. Spécifiques.) Je n'ai pas dit autre chose.

Conclusions générales. — Le domaine médical est peuplé de spécificités apparentes, et pourtant il est bien peu de spécificités réelles.

Les spécificités nous sont presque toujours inconnues dans leur essence.

Les spécificités échappent presque toujours à nos médications directes.

Il est rationnel de chercher les remèdes propres à combattre directement les spécificités morbides, mais il est bon de savoir quelle est notre impuissance actuelle à cet égard, pour ne pas s'aventurer dans des voies stériles sinon dangereuses, et pour ne pas être dupe des charlatans.

Car la défiance est plus légitime que la confiance à l'endroit des prétendus spécifiques nouveaux, l'expérience journalière ne faisant que multiplier nos déceptions à cet égard.

La première condition à exiger d'un spécifique nouveau, c'est celle de ne pas nuire ; or, il n'en est pas qui satisfasse à cette condition, n'eût-il que l'inconvénient de faire perdre un temps précieux qu'on emploierait plus utilement en usant des procédés ordinaires.

Il y aura toujours des chercheurs de spécifiques et des gens disposés à croire à leurs découvertes, par la raison qu'il y aura toujours des maladies rebelles, incurables, et par d'autres raisons moins innocentes.

Se baser sur ce motif pour vilipender la philosophie médicale,

c'est vouloir proscrire la science et la morale, parce qu'il y aura toujours des hommes ignorants et pervers.

S'il est vrai que l'instinct médical pousse constamment les praticiens à la recherche des spécifiques, il n'est pas moins vrai que le bon sens et l'expérience détournent les esprits supérieurs de cette voie ; témoin la pratique des vieux maîtres.

La science et l'humanité trouvent des compensations au désillusionnement dans les considérations du genre des suivantes :

Si nous ignorons la nature des causes réputées spécifiques, nous pouvons nous en consoler, car lorsque nous les connaissons, nous sommes presque toujours impuissants à les combattre.

Si la cause occulte et spécifique gît dans quelque vice de l'hygiène, cette cause est conjurée, de fait, par le précepte qui commande de placer les malades dans les conditions hygiéniques les plus régulières.

L'émigration est souvent la première de ces conditions.

La nature est le plus souvent assez puissante pour effectuer la guérison, même au sein du foyer des causes spécifiques (typhus, choléra, etc.).

La plupart des maladies aiguës de cause spécifique se résolvent spontanément (fièvres éruptives).

Le danger des affections spécifiques consiste le plus souvent en accidents secondaires, contre lesquels nous possédons des moyens directs et salutaires (douleur, spasme, prostration, phlegmasie, fièvre, etc.).

L'expérience démontre qu'en attaquant les maladies, spécifiques ou non, par tel ou tel de leurs éléments apparents, nous parvenons souvent à les guérir, nonobstant la cause.

La multiplicité même des moyens par lesquels nous pouvons arriver à la solution des maladies spécifiques prouve que ces moyens ne sont pas spécifiques, et démontre la fausseté de l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Les ressources que nous fournit l'application de cette lumineuse et féconde doctrine des éléments positifs ou pratiques sont bien propres à modérer les excès de zèle pour la recherche des spécifiques, et à diminuer nos regrets au sujet de la stérilité de ces disquisitions.

En voyant tant d'affections spécifiques guérir sans remèdes spécifiques, et, d'autre part, tant d'affections simples entraîner la mort, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, on peut se deman-

der si la notion des causes spécifiques a l'importance qu'on lui suppose en médecine pratique.

Cette proposition, quelque peu paradoxale, est légitimée par cette considération que nous ne savons le tout de rien.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la valeur de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, appliquée au traitement de la surdité nerveuse.

Par le docteur Duchenne (de Boulogne) (¹).

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES.

J'ai déclaré qu'au début de mes recherches sur l'action thérapeutique du procédé de faradisation dont je viens d'exposer l'action physiologique, je n'étais guidé par aucune idée théorique, et que j'agissais empiriquement. Je savais seulement que j'allais exciter la corde du tympan dont j'avais à étudier les propriétés physiologiques (but principal de mes expériences). Mais que pouvais-je attendre de son excitation ? Aujourd'hui même que ces propriétés physiologiques me sont mieux connues, je ne vois pas ce qu'il y a de commun entre la corde du tympan et le nerf acoustique. Nous savons, en effet, qu'en électrisant ce nerf on agit sur la sensibilité générale et gustative de la langue et qu'on excite la sécrétion de la glande sous-maxillaire. Mais quelle influence une telle excitation peut-elle exercer sur l'ouïe, à moins d'admettre, toutefois, avec Arnold que l'anastomose qui existe entre le nerf acoustique et le nerf de Wrisberg, dans lequel la corde du tympan se continue, soit réelle et non un simple accolement, comme on le croit généralement aujourd'hui ?

Le fait anatomique n'étant pas encore démontré, je ne puis nier d'une manière absolue que l'excitation de la corde du tympan puisse réagir sur le nerf acoustique. Aussi en tiendrai-je compte dans l'exposition des faits thérapeutiques.

C'est principalement aux mouvements de la chaîne des osselets, mouvements provoqués par les contractions et les relâchements successifs, brusques, plus ou moins rapides de leurs muscles moteurs, mouvements qui produisent l'ébranlement de la membrane de la

---

(¹) Suite. — Voir la livraison du 15 août, p. 105.

fenêtre ovale et conséquemment l'agitation du liquide labyrinthique, c'est à ce mouvement, dis-je, que j'attribue l'action thérapeutique si puissante, exercée sur la surdité nerveuse par ce procédé d'électrisation. Que l'on songe, en effet, aux soins dont la nature a entouré le nerf acoustique pour le préserver des lésions physiques par cause externe. Non-seulement elle l'a enfermé dans un rocher privé de toute communication avec l'extérieur, mais elle l'a encore immergé dans un liquide modérateur des mouvements extérieurs. Dès lors, on comprend combien ce nerf, mou, pulpeux, doit être sensible à la vive agitation du liquide labyrinthique dans lequel il plonge et qui, d'habitude, n'ondule que faiblement sous l'influence des ondes sonores qui viennent frapper le tympan. Je ne saurais, en vérité, expliquer autrement l'action thérapeutique aussi considérable que l'on verra bientôt exercée sur l'organe de l'ouïe par une excitation électrique aussi faible en apparence.

FAITS DÉMONTRANT LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA FARADISATION DES MUSCLES MOTEURS DES OSSELETS ET DE LA CORDE DU TYMPAN.

Les cas dans lesquels j'ai expérimenté avec succès le procédé d'électrisation auriculaire, dont il est ici question, peuvent être rangés dans la classe des surdités que l'on a appelées surdités nerveuses ou, en d'autres termes, surdités qui, pendant la vie, n'ont présenté aucun signe de lésion organique apparente. Ces cas sont aujourd'hui assez nombreux; leurs observations ont été recueillies avec soin, pour la plupart; leur relation complète donnerait à ce travail une étendue trop considérable. Forcé de me restreindre, je n'exposerai donc comme exemples que quelques-uns des faits principaux.

a. Surdités hystériques. — Au premier rang des paralysies nerveuses que j'ai vu guérir le plus sûrement, le plus rapidement par ce procédé de faradisation, je placerai la surdité qui se rattache à un état hystérique. J'en relaterai un seul cas, comme exemple.

Obs. II. *Surdité hystérique datant de plusieurs mois, guérie rapidement par la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan.* — Une jeune fille, bien réglée habituellement, bien portante, couchée au n° 13 de la salle Saint-Martin, fut guérie à l'hôpital de la Pitié, dans le commencement d'avril 1855, d'une fièvre typhoïde à la suite de laquelle les règles ne revinrent pas, quoique la santé parût assez bonne. Pendant sa convalescence à l'hôpital, elle fut prise, à la suite d'une discussion très-vive, de sanglots, d'étouffements, sans cependant éprouver un accès complet d'hystérie. — Le lendemain, à l'heure même à laquelle avait eu lieu cette discussion de la veille, la malade tomba dans une espèce d'état cataleptique qui dura une heure et demie.

Cette attaque se renouvela plusieurs fois pendant son séjour à la Pitié, d'où elle ne sortit que six semaines après. — Elle rentra en service ; mais ses règles n'étaient pas revenues, et peu à peu elle s'aperçut que la sensibilité diminuait toujours dans le côté gauche, au membre supérieur d'abord, puis au membre inférieur. En même temps les mouvements étaient moins étendus, et la force moins grande, à tel point que, placée comme domestique, elle dut renoncer à ses occupations et rentrer à l'hôpital de la Charité. A ce moment, elle ne pouvait plus tenir dans sa main gauche les objets qu'on y plaçait. — Admise dans le service de M. Briquet, on constata chez elle par le toucher, le pincement et l'exploration électrique, une anésthésie cutanée et musculaire de tout le côté gauche (tronc, membres et face) et un affaiblissement musculaire, assez grand pour rendre la marche difficile et pour gêner considérablement l'usage des membres supérieurs. — Lorsque la malade tenait un objet dans la main et qu'elle ne le regardait pas, elle le laissait tomber. Les organes des sens étaient également affectés du côté gauche : la vue était considérablement affaiblie, l'odorat, le goût et l'ouïe étaient abolis. Les muqueuses nasales, linguales et conjonctivales étaient complétement anésthésiées, ainsi que la peau du pavillon et du conduit auditif externe. Cette malade était en outre incommodée par des bruits continus et très-variés (bourdonnements, sons de cloches, sifflets plus ou moins forts, aigus) qui la privaient de sommeil. — M. Briquet voulut bien m'autoriser à expérimenter dans ce cas l'action thérapeutique des divers modes d'excitation électrique qu'il m'avait vu appliquer avec succès dans son service chez un assez grand nombre de sujets atteints de troubles fonctionnels analogues. — En trois séances, renouvelées chaque jour, l'excitation électro-cutanée rétablit la sensibilité du tronc et du membre supérieur (M. Briquet s'était réservé le membre inférieur pour expérimenter comparativement l'huile de croton-tiglium). — Je dois noter ici qu'à la suite de ces excitations électro-cutanées, la menstruation, qui avait été suspendue depuis le début de la fièvre typhoïde, reparut régulièrement par la suite. — Il me suffit de promener une fois un des réophores métalliques sur la muqueuse nasale et linguale pour rappeler avec leur sensibilité générale l'odorat et le goût (ce n'est point ici le lieu d'indiquer à quels procédés spéciaux il faut recourir dans ces cas). *Je rappelai aussi la sensibilité cutanée du pavillon et du conduit auditif externe, mais sans modifier les troubles fonctionnels de l'ouïe.* — Alors la malade étant placée de manière à donner à son conduit auditif une direction verticale, je remplis celui-ci d'eau commune, puis, ayant plongé un fil métallique dans ce liquide avec la précaution de ne toucher ni les parois du conduit auditif, ni la membrane du tympan, et ayant placé l'autre réophore humide sur l'apophyse mastoïde, je fis passer une dizaine d'intermittences du courant de mon appareil d'induction, éloignées les unes des autres d'une demi-seconde. Le courant, d'abord extrêmement faible, fut augmenté graduellement, jusqu'à produire une sensation désagréable dans le fond du conduit auditif, mais sans être douloureuse. A chaque intermittence, la malade entendit immédiatement un petit craquement sec du côté excité ; mais *elle n'éprouva aucune sensation dans la langue.* Immédiatement après l'opération elle distinguait à une assez grande distance le battement de ma montre, qu'elle ne percevait pas même quand elle était appliquée contre l'oreille ; elle entendait la voix aussi bien à gauche qu'à droite. — Le lendemain, j'appris que la guérison n'avait été que temporaire (elle s'était maintenue une heure), mais je constatai que l'ouïe était seulement affaiblie et que les bruits étaient moins forts et moins incom-

modes. — Je fis sur l'oreille une nouvelle opération, pratiquée de la même manière que la veille et qui produisit les mêmes effets physiologiques, et à l'instant l'ouïe revint à son état normal. — Depuis que cette malade était entrée à la Charité, ses crises étaient devenues plus fréquentes; elles reparaissaient chaque semaine, durant chaque fois une ou deux heures. La sensibilité cutanée et la force musculaire, qui s'étaient longtemps conservées, se perdirent de nouveau. La malade eut même et conserva plusieurs semaines une contracture du membre supérieur gauche. Cependant, elle n'éprouva plus de troubles du côté de l'ouïe et sortit plusieurs mois plus tard parfaitement guérie de sa surdité.

Ce cas est un type de surdité hystérique et montre avec quelle facilité elle cède à ce procédé de faradisation de l'oreille. Je pourrais en rapporter d'autres qui ont guéri avec la même rapidité et qui n'en diffèrent que par le degré des troubles de l'ouïe ou par la forme des autres symptômes qui caractérisent l'hystérie. Ainsi cette espèce de surdité n'est pas toujours complète; elle est compliquée généralement de bruits variés plus ou moins forts et incommodes. D'ordinaire, les troubles de l'ouïe existent seulement à gauche, de même que les autres désordres de la sensibilité et de la motilité (fait important établi par les recherches de M. Briquet), mais quelquefois aussi la surdité est double, avec prédominance à gauche.

Il ne faudrait pas conclure du fait thérapeutique précédent que la surdité hystérique est toujours une affection légère, eu égard au degré de résistance qu'elle offre à cette médication électrique. J'en ai rencontré qui, depuis des années, sont rebelles à toute espèce de traitements. Cependant, bien que je ne sois pas en mesure d'exposer la statistique exacte de tous les cas de surdité hystérique que j'ai soumis à ces expériences électro-thérapeutiques, je puis dire approximativement que la surdité hystérique guérit huit fois sur dix par ce traitement.

Quelques-unes et peut-être un bon nombre de ces surdités peuvent être heureusement modifiées par des excitations périphériques. J'en ai vu, en effet, disparaître par la simple faradisation de la peau du pavillon ou du conduit auditif externe, et même des régions plus ou moins éloignées de l'oreille. Dans ces cas, on obtiendrait les mêmes résultats de toute autre espèce d'excitation (injection excitante du conduit auditif externe ou de la trompe d'Eustache, vésicatoires appliqués sur les parties voisines de l'oreille). C'est qu'il en est des troubles hystériques comme de certains désordres nerveux généraux de la même nature, qui cèdent, comme par enchantement, à une excitation pratiquée dans un point très-limité de la surface cutanée. A l'appui de cette assertion, je pourrais rapporter des cas d'anesthésie qui régnaient sur toute la surface du corps, et

qui, par une excitation électrique limitée à un point quelconque de la peau, guérissaient immédiatement. De même, il arrive quelquefois, dans ces cas, que les troubles des sens (de l'odorat, du goût, de la vue et de l'ouïe) disparaissent en même temps, s'ils existent. L'on provoque de la même manière le retour de la menstruation, comme chez la malade de l'observation II.

Il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. J'ai eu l'occasion de guérir des surdités hystériques qui avaient épuisé tous les moyens rationnels dirigés souvent par des hommes habiles et compétents; on avait employé vainement les injections plus ou moins excitantes par le conduit auditif externe ou par la trompe d'Eustache, et même l'excitation électro-cutanée. A l'infirmité de la surdité se joignaient presque toujours des bruits divers, continuels, qui faisaient le désespoir de la vie des malades et qui offraient la même résistance à ces médications. Eh bien! tous ces désordres nerveux cèdent, en général, à la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan.

b. Surdités par le sulfate de quinine. — Il n'est peut-être pas très-rare de voir survenir à la suite de l'administration du sulfate de quinine la dureté de l'ouïe et quelquefois la surdité. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en observer une demi-douzaine de cas à des degrés divers.

La surdité par le sulfate de quinine peut être incurable; en voici la preuve :

Obs. III. En 1852, un confrère, aide-major au Val-de-Grâce, me présenta son père, qui était depuis cinq ans affecté d'une surdité double, complète, dans l'espoir de le guérir par l'électrisation de l'oreille interne. Il me donna en résumé les renseignements suivants : M. X..., capitaine d'infanterie, avait eu en Afrique une fièvre intermittente, à la suite de laquelle il avait conservé une hypertrophie considérable de la rate, dont n'avait pu triompher le sulfate de quinine à la dose ordinaire. Pour guérir cette hypertrophie, on fut obligé d'augmenter de beaucoup la dose de ce médicament et de le continuer fort longtemps. Consécutivement à ce traitement survint une céphalalgie opiniâtre, accompagnée de bourdonnements et de dureté de l'ouïe. — La céphalalgie finit par disparaître après cinq ou six mois, mais les bourdonnements persistèrent et la surdité s'aggrava progressivement. Le malade fut soumis à bien des traitements qui échouèrent, bien qu'ils fussent dirigés par des hommes instruits et spéciaux. Lorsque j'examinai M. X..., je constatai, ce qui, du reste, avait été noté par d'autres mains plus exercées, que des deux côtés la trompe d'Eustache était libre, ainsi que le conduit auditif externe. Cependant, la surdité était complète. M. X... n'entendait pas même les bruits explosifs; il ne percevait que l'ébranlement qu'ils occasionnent. Je fis immédiatement l'application de mon procédé de faradisation de l'oreille. M. X... *ne perçut à chaque intermittence ni bruit ni sensation dans le fond de l'oreille ou dans la langue*

quoique j'eusse élevé graduellement l'intensité du courant à un degré beaucoup plus fort que d'habitude. Après une dizaine de séances qui n'avaient produit aucune amélioration, je renonçai à ce traitement qui, d'ailleurs, après la première exploration électrique de l'oreille, semblait m'offrir peu de chances de succès.

La connaissance de l'incurabilité de ce cas de surdité par le sulfate de quinine fait ressortir l'importance du fait thérapeutique que je vais relater.

Obs. IV. *Surdité produite par le sulfate de quinine. — Guérison par la faradisation des muscles des osselets et de la corde du tympan.* — Au nº 13 de la salle Sainte-Marthe, était couchée une jeune fille atteinte depuis assez longtemps d'une fièvre intermittente tierce. La rate étant très-volumineuse et la maladie déjà assez ancienne, M. Briquet fit prendre à cette malade 1 gramme de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures, et cela pendant neuf jours de suite. Dès le premier jour, des bourdonnements d'oreille se firent sentir, allèrent en augmentant, et se compliquèrent bientôt d'une surdité tellement prononcée, que les battements d'une montre appliquée contre l'oreille n'étaient plus perçus ni d'un côté ni de l'autre, et que l'on ne pouvait se faire entendre, si fort qu'on élevât la voix en parlant. — La malade resta dans cet état pendant quinze jours après lesquels M. Briquet, ne voyant survenir aucune amélioration, m'engagea à la soumettre à la faradisation de l'oreille. L'opération fut pratiquée comme d'habitude du côté excité. La malade entendit un bruit et sentit dans la langue un engourdissement suivi de fourmillements. A peine l'opération fut-elle terminée qu'elle entendit du côté excité les battements de la montre et la conversation des personnes qui l'entouraient. La surdité persistait du côté opposé. — Le lendemain seulement, ce dernier côté fut à son tour soumis à l'excitation électrique, qui provoqua les mêmes sensations que du côté opposé, et l'ouïe revint aussitôt, mais non aussi franchement et aussi complétement que la première fois. Le troisième jour je dus lui faire une nouvelle application électrique, qui suffit pour ramener l'ouïe à son état normal. Depuis ce moment aussi, les bourdonnements cessèrent. La malade resta dans les salles quinze jours après sa guérison, et l'on put constater la guérison bien soutenue de sa surdité.

c. Surdités consécutives à des fièvres éruptives continues ou sans cause connue, datant de dix à vingt ans, rebelles à tous les traitements antérieurs. — J'ai maintenant à exposer des faits qui, en raison de la longue durée de la surdité et de la résistance qu'elle avait opposée antérieurement aux traitements les plus variés ou le mieux dirigés, démontrent d'une manière incontestable la valeur thérapeutique de la faradisation des muscles de la chaîne des osselets et de la corde du tympan.

Obs. V. *Surdité double, complète à gauche, consécutive à une fièvre éruptive, datant de seize ans, rebelle aux injections de la trompe d'Eustache et à la perforation de la membrane du tympan. — Guérison par la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan.* — Emmanuel Glayray,

âgé de vingt-six ans, né à Arvier (Piémont), est devenu sourd à la suite d'une fièvre éruptive, vers l'âge de neuf ans. Il a suivi dans son pays divers traitements sans succès. En janvier 1856, il est venu à Paris réclamer les soins d'un médecin auriste jouissant d'une grande renommée. Des injections de la trompe d'Eustache lui ont été faites pendant plusieurs semaines, et comme elles ne produisaient aucun résultat favorable, il dit qu'on lui a perforé la membrane du tympan et que, cette dernière tentative n'ayant pas été plus heureuse que les autres, il lui a été conseillé de renoncer à toute espèce de traitement.

C'est alors qu'il vint me consulter en janvier 1856. Je constate que son ouïe est entièrement perdue à gauche, et qu'il entend très-faiblement à droite ; lorsqu'il bouche son oreille droite, il n'entend aucun son, quelque fort qu'il soit. Il ne perçoit pas les battements de la montre appliquée contre l'oreille gauche. A droite, il faut que l'on parle très-haut et près de l'oreille pour qu'il distingue la voix. De ce côté, il entend ma montre, à quelques centimètres de distance. Il se plaint de bourdonnements et de sifflements continuels, plus forts à gauche qu'à droite. Il dit enfin que cet état date de l'âge de neuf ans. — L'examen le plus attentif ne me fait découvrir aucune lésion organique. La trompe d'Eustache et le conduit auditif sont parfaitement libres ; ce qui, du reste, avait été reconnu par les médecins qui lui avaient donné des soins. Je faradise immédiatement ses oreilles, d'après le procédé décrit précédemment, et le malade accuse pendant l'opération le bruit des sensations habituelles, mais beaucoup moins prononcées à gauche qu'à droite. Cette première opération ne modifie nullement son état ; ce n'est qu'après la troisième qu'il commence à entendre la voix du côté gauche et à distinguer les battements de ma montre appliquée contre son oreille. Les bourdonnements et les bruits divers qui avaient diminué dès la deuxième séance ont entièrement disparu. Il entend également mieux à droite, car je puis converser avec lui d'une extrémité de mon cabinet à l'autre et sur un ton de voix ordinaire.

Les opérations suivantes, pratiquées trois fois par semaine, produisent une amélioration progressive et, après la dixième, il entend d'une manière satisfaisante et aussi bien à gauche qu'à droite. Il peut suivre la conversation sans efforts, il entend ma montre des deux côtés, à une assez grande distance. Il est retourné dans son pays d'où il m'a écrit, plusieurs mois plus tard, que sa guérison s'est bien maintenue.

Ce cas de surdité, à cause de sa longue durée et de sa résistance aux traitements divers et énergiques qui ont été employés contre elle, me semblait n'offrir aucune chance de réussite. Mais le malade était un pauvre ouvrier qui implorait mon intervention, en désespoir de cause ; et puis l'opération électrique qu'il sollicitait n'occasionnait pas de souffrance et ne pouvait aggraver son état. C'est en raison de ces considérations que je consentis à faire sur lui cette expérience. Le plein succès dont elle a été couronnée, comme on l'a vu, est un grand enseignement. Il met en lumière la puissance de l'action thérapeutique de la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan dans le traitement de la surdité nerveuse. Il démontre aussi que dans toute surdité nerveuse (sans

lésion organique appréciable), quelque ancienne qu'elle soit, quels qu'aient été les insuccès des traitements les plus rationnels, on ne doit pas désespérer de la guérison, avant d'avoir tenté l'application de ce procédé de faradisation.

A l'appui de ces assertions je rapporterai, en résumé, deux autres faits non moins remarquables, où l'insuccès d'un long traitement par le cathétérisme de la trompe d'Eustache est mis en regard d'une guérison rapide par le même procédé de faradisation.

Obs. VI. *Surdité nerveuse double, faible à gauche, complète à droite, datant de neuf ans, consécutive à la rougeole, rebelle au cathétérisme de la trompe d'Eustache et à divers autres moyens excitants, guérie par la faradisation du muscle externe et de la corde du tympan, en vingt séances.* — M. X..., âgé de vingt et un ans, a conservé, depuis l'âge de huit ans, et consécutivement à la rougeole, une surdité presque complète à droite et une dureté de l'ouïe à gauche, avec bourdonnements et bruits divers. Cette surdité, quoique incomplète, entrave sa carrière et le gêne considérablement dans ses rapports avec la société. Il a fait vainement appel à toutes les lumières de la capitale ; aucun traitement excitant (cathétérisme, injections de la trompe d'Eustache, du conduit auditif externe, vésicatoires). Cependant ses trompes sont libres ; les hommes spéciaux qu'il a consultés n'ont reconnu aucune lésion organique. Je pratique la faradisation de l'oreille selon mon procédé habituel. M. X... en éprouve tous les effets physiologiques habituels. Immédiatement après, ma voix lui paraît plus distincte. Les opérations suivantes produisent une amélioration progressive incontestable. Ainsi, après la sixième, il conversait facilement à distance, sans que l'on dût élever la voix ; au théâtre, il entendait sans fatigue le récit des acteurs, il jouissait du plaisir de la musique qui jusqu'alors n'avait été pour lui qu'un bruit confus. Cependant la guérison ne me parut aussi complète que possible qu'après la vingtième séance.

Obs. VII. *Surdité complète à gauche et datant de vingt ans, incomplète à droite et datant de dix ans, rebelle à tous les traitements intérieurs, guérie à gauche par la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan.* — M. Novinski, réfugié polonais, âgé de trente ans. A l'âge de dix ans, douleurs de tête vers les tempes de chaque côté, sans fièvre, sans maux de gorge, sans douleurs dans les oreilles, affaiblissement graduel de l'ouïe à gauche, et perte complète de l'ouïe de ce côté vers l'âge de quatorze ans. A l'âge de vingt ans, après une fièvre continue (fièvre typhoïde), qui dura quinze jours, affaiblissement de l'ouïe à droite, avec sifflements et bourdonnements. A vingt-cinq ans (en 1851), premiers soins donnés par un médecin de Posen, le docteur Hoffmann : cathétérisme de la trompe d'Eustache, vésicatoires, glycérine. Il n'existait pas d'obstruction de la trompe d'Eustache. Ce premier traitement, qui a duré trois mois, a été sans résultat. En 1857, traitement sous la direction de M. Blanchet : injection d'éther par la trompe d'Eustache, pendant quinze jours et trois fois par semaine, pilules dont la composition est ignorée. Pas d'amélioration. M. Raciborski a prescrit des gargarismes alumineux et l'injection de la glycérine dans le conduit auditif externe. Ce dernier traitement ne fut pas plus heureux que les précédents.

Un médecin des sourds et muets a été consulté pour l'examen du conduit et

des trompes, et tout a été trouvé à l'état normal. C'est dans ces conditions que M. Novinski m'a été adressé, le 5 mars 1858, par mes confrères, MM. Racibouski et Lbrozek, de Wilna. L'excitation électrique des muscles des osselets et de la corde du tympan produisit les bruits normaux et les sensations linguales habituelles. (Je noterai ici que la langue, qui pendant l'opération devint sèche et râpeuse, s'humecta largement peu de temps après, M. Novinski m'apprit, le lendemain, qu'il avait un peu salivé pendant une grande partie de la journée.)

Ce fut seulement après la sixième séance que M. Novinski commença à éprouver une modification du côté gauche (où l'ouïe était entièrement perdue depuis vingt ans); ainsi, lorsqu'il bouchait l'oreille droite, il entendait confusément la voix, tandis qu'auparavant il ne percevait aucun son de ce côté, quelque fort qu'il fût et d'aussi près qu'on lui criât à l'oreille. Cette amélioration augmenta progressivement, au point qu'après les vingt séances il entendait de l'oreille complétement sourde depuis vingt ans, mieux que de l'oreille droite, qui était seulement dure. Il est à remarquer que cette dernière, qui était affectée seulement depuis dix ans, ne tira aucun profit des mêmes excitations électriques ; les bruits continuels, sifflements, bourdonnements, qui se faisaient entendre de ce côté, ne furent pas même diminués. M. Novinski, forcé de retourner dans son pays, ne put malheureusement terminer son traitement. Il m'écrivit, quelques mois après, une lettre qui constate la persistance du résultat obtenu.

Je pourrais, à la suite de ces cas de guérisons ou d'améliorations de surdités nerveuses, rebelles pendant de longues années à tout autre traitement que la faradisation des muscles des osselets et de la corde du tympan, relater quelques autres exemples de guérisons ou d'améliorations analogues ou survenus graduellement, sans cause connue ; mais ce serait donner inutilement une extension démesurée à ces recherches.

En résumé, les faits précédents démontrent surabondamment la proposition suivante, que j'ai formulée dans mon livre, en tête de l'article qui traite de la surdité : « La faradisation de la corde du tympan (j'aurais dû ajouter : et des muscles moteurs des osselets), appliquée au traitement de la surdité nerveuse, produit de très-heureux résultats. »

L'exactitude de cette proposition, qui, d'ailleurs, ressortait déjà des faits exposés dans le même article, a été de nouveau prouvée par les faits rapportés dans un important travail publié récemment dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LIII, p. 456) par M. le docteur Philipeaux, de Lyon.

Mais ce n'est pas à ce point de vue que ce travail a été écrit. L'auteur, observateur sagace autant qu'habile dans la pratique de la faradisation localisée, ne s'est pas contenté, cette fois, de vérifier expérimentalement les faits qui ressortent de mes recherches (1). Il

(1) *De l'électrisation localisée*, p. 807.

s'est proposé principalement de démontrer la valeur d'un signe pronostique de la surdité nerveuse, tiré de l'état de la sensibilité de la corde du tympan.

Cela me conduit, en terminant ce mémoire, à rechercher *s'il existe des signes pronostiques, pathognomoniques de la surdité nerveuse.*

DES SIGNES PRONOSTIQUES DE LA SURDITÉ NERVEUSE, OBTENUS PAR LA FARADISATION DE LA CORDE DU TYMPAN ET DES MUSCLES DES OSSELETS.

Il ressort, on le sait, de mes recherches, que la surdité hystérique guérit, en général (huit fois sur dix, approximativement), par la faradisation des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan. Mais, hélas ! il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi de toutes les espèces de surdité nerveuse.

Il serait peut-être utile d'exposer, en regard des cas de guérison de surdité nerveuse, étrangers à un état hystérique et dont j'ai rapporté quelques exemples, les trop nombreux insuccès de cette même méthode de traitement électrique appliquée cependant dans des conditions semblables, en apparence. Mais ces cas d'insuccès appartiennent-ils réellement à la classe des surdités nerveuses ? Le diagnostic différentiel de la surdité nerveuse n'est pas aussi simple qu'on l'enseigne dans les traités spéciaux. Il n'est plus permis de dire avec Kramer : « Lorsqu'on aura constaté l'absence de tout changement matériel dans le méat externe ou dans l'oreille moyenne, on pourra, sans crainte de se tromper, diagnostiquer une surdité nerveuse. » En effet, outre ces changements matériels du méat externe et de la trompe d'Eustache, il en est incontestablement d'autres de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, dont le diagnostic est encore inconnu et qui jusqu'à ce jour ont été inévitablement confondus avec la surdité nerveuse.

On conçoit donc combien il importerait à la pratique de distinguer ces cas les uns des autres, combien la science surtout y gagnerait en considération. C'est ce qui a été parfaitement senti par M. Philipeaux. Cet observateur avait d'abord reconnu « qu'il était un certain nombre d'individus sourds, depuis plus ou moins longtemps, qui, malgré leur affection, percevaient très-distinctement, sous l'influence de l'électricité, cette douleur caractéristique de la pointe de la langue, tandis qu'il en est d'autres chez lesquels ce signe manquait d'une manière complète. » Ayant ensuite remarqué qu'il n'avait pu obtenir aucune guérison, ni même aucune amélioration chez ceux

de la dernière catégorie, il en conclut (cela était très-rationnel) que dans ce cas la surdité est incurable. « Je suis si peu encouragé, dit-il, vu les insuccès que j'ai obtenus chez les sourds qui ne m'ont point présenté, à l'exploration électrique, les signes caractéristiques que je cherche à mettre en évidence dans ce mémoire, qu'aujourd'hui je me refuse d'une manière complète à traiter ceux dont la surdité est déjà ancienne, et qui ne me présentent point à l'exploration électrique la sensation particulière que l'on perçoit physiologiquement à la pointe de la langue. » Ceci est grave et m'oblige à déclarer franchement ce qu'une longue expérience m'a appris à cet égard.

Dès le début de mes recherches sur les propriétés de la corde du tympan, j'ai remarqué chez quelques individus *l'absence complète des sensations physiologiques que l'on perçoit à la langue* sous l'influence de l'excitation énergique de ce nerf. J'avoue qu'il ne m'est pas venu à la pensée de rechercher la valeur de ce phénomène, comme signe pronostique de la surdité nerveuse. En voici la raison : c'est que parmi ceux qui ont présenté cette anomalie, j'en avais trouvé dont l'ouïe était parfaitement saine. — Il en existe un exemple dans mon mémoire de 1851, sur la corde du tympan. On lit en effet dans l'observation I : « Ayant galvanisé la corde du tympan alternativement du côté gauche et du côté droit, *je constatai que l'excitation ne produisait à gauche (côté paralysé) aucune sensation générale ou gustative*, tandis que du côté sain ces phénomènes que j'ai déjà décrits précédemment, étaient accusés par la malade. » Cette malade était atteinte d'une hémiplégie faciale rhumatismale et n'offrait point d'altération de l'ouïe. — Bien plus, des sourds, chez lesquels je ne pouvais produire l'excitation de la corde du tympan, n'en ont pas moins guéri par mon procédé de faradisation de l'oreille. Des deux faits de guérison de surdité rapportés dans mon livre, il en est un (obs. CLXXXIII) dans lequel je n'ai pu provoquer aucune sensation linguale pendant l'opération [1]. La deuxième observa-

---

[1] A l'occasion de ce fait, M. Philipeaux fait les réflexions suivantes : « Le fait connu n'a pas été parfaitement clair. Dans la première des deux observations citées par M. Duchenne, et dans lesquelles l'électricité a produit des résultats heureux, il est dit que le malade perçut distinctement le signe caractéristique de la langue. M. Duchenne ne nous indiquant point, dans la seconde observation, si le patient ressentit ce phénomène physiologique, il nous est impossible de tirer de ce dernier fait une interprétation favorable ou défavorable aux idées que nous défendons actuellement. » Je regrette de n'avoir pas été plus clair pour mon honorable confrère. Je déclare que si j'avais observé chez mon

tion relatée dans le présent mémoire en offre encore un exemple remarquable.

L'absence des sensations linguales produites par l'excitation n'est donc pas un signe pathognomonique de l'incurabilité de la surdité nerveuse.

Toutefois, le signe pronostique préconisé par le savant praticien de Lyon n'est pas sans valeur, car l'inexcitabilité de la corde du tympan peut dépendre de la lésion ou de l'absence de ce nerf, et, dans ce cas, il y a lieu de craindre que la lésion ait atteint plus ou moins profondément tous les organes de l'ouïe (nerfs, muscles, osselets). M. Fano, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, m'a montré une belle pièce d'anatomie pathologique sur laquelle tous les organes de l'oreille moyenne étaient détruits (V. obs. I). Il en existe, d'ailleurs, d'autres exemples dans la science. Mais de la lésion sûrement diagnostiquée de la corde du tympan on ne pourrait conclure à l'incurabilité d'une surdité ; car, ainsi que je crois l'avoir démontré dans ce mémoire, ce nerf n'a aucun rapport avec le nerf acoustique.

Le nouveau signe pronostique de la surdité de M. Philipeaux aurait une valeur bien plus grande, si à l'inexcitabilité de la corde du tympan s'ajoutait l'absence du bruit spécial qui se fait entendre dans le fond de l'oreille, à chaque intermittence du courant d'induction. J'en ai fourni un exemple bien remarquable précédemment (obs. III).

Sans attacher une valeur exagérée à l'absence du bruit provoqué dans le fond de l'oreille par l'excitation électrique des mouvements des osselets, ce nouveau signe pronostique me paraît bien plus grave que l'absence des sensations linguales produites par la faradisation de la corde du tympan, puisque ce bruit est dû à l'ébranlement et au craquement des membranes du tympan et de la fenêtre ovale. Si ce bruit n'est pas perçu pendant l'opération, il faut donc que la lésion anatomique ou dynamique du nerf acoustique soit profonde.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Il ressort des faits et des considérations exposés dans ce mémoire :

1° Que la surdité nerveuse hystérique guérit en général par l'ex-

---

malade les phénomènes physiologiques produits habituellement par l'excitation électrique de la corde du tympan, je n'aurais pas manqué de les noter comme dans le cas précédent. D'ailleurs, ce fait est encore présent à ma mémoire.

citation électrique de la corde du tympan et des mouvements de la chaîne des osselets ;

2° Que quelques surdités nerveuses consécutives aux fièvres éruptives, continues, etc., guérissent par ce même traitement, quelque anciennes qu'elles soient, et bien que leur résistance aux autres traitements leur ait donné une apparence d'incurabilité ;

3° Que probablement l'action thérapeutique du procédé de faradisation employé dans ces recherches est due principalement aux ondulations du liquide labyrinthique, produites par l'ébranlement de la chaîne des osselets et conséquemment de la fenêtre ovale ;

4° Que l'exploration électrique de l'oreille ne fournit aucun signe pathognomonique qui permette de pronostiquer l'incurabilité de la surdité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau procédé de préparation de l'hydrate de magnésie, contre-poison de l'acide arsénieux.

La prééminence de l'hydrate de magnésie sur l'hydrate de peroxyde de fer, comme contre-poison de l'acide arsénieux, est un fait établi depuis longtemps. En effet, la magnésie hydratée non-seulement forme avec cet acide une combinaison insoluble, l'absorbe rapidement, mais son excès purge et va poursuivre le poison dans les intestins. Malgré cet enseignement, le précieux antidote se trouve rarement dans les pharmacies, et cela à cause des modes opératoires [incomplets fournis pour sa préparation. Le nouveau procédé que M. le docteur de Guérin vient proposer, et dans lequel l'ammoniaque est substitué aux solutions de potasse, ou de soude caustique, nous paraît constituer un progrès. Voici comment ce médecin rend compte, dans la Presse médicale de Marseille, de sa manière d'opérer.

« On traite une solution de sulfate de magnésie par l'ammoniaque; la moitié du sel est décomposé, laisse précipiter la magnésie hydratée, et forme du sulfate d'ammoniaque qui s'unit au sulfate de magnésie non attaqué, pour former un sel double indécomposable par un excès d'ammoniaque. Le précipité est séparé de l'eau mère par filtration et lavé à grande eau. Il consiste en hydrate de magnésie pur. L'eau mère, contenant du sulfate double d'ammo-

niaque et de magnésie et de l'ammoniaque en excès, est traitée par la chaux éteinte, régénère l'ammoniaque employée, et forme un dépôt, d'où l'eau aiguisée d'acide sulfurique extrait facilement la magnésie que contenait le sulfate double.

« Voici la manière d'opérer en fabrique et dans le laboratoire. On dissout à froid, dans de l'eau ordinaire, 100 parties de sulfate de magnésie ; on verse cette solution dans un vase convenable ; on a établi, d'autre part, un appareil à dégagement de gaz ammoniac, muni d'un tube qui vient plonger au fond de la solution de sulfate de magnésie. On fait du feu sous l'appareil. L'ammoniaque se forme, arrive dans la liqueur magnésienne et précipite de l'hydrate de magnésie. On arrête l'opération aussitôt que la solution répand une odeur ammoniacale prononcée ; on filtre la liqueur trouble, et on lave bien le précipité, qui est de l'hydrate de magnésie pur. Les eaux de lavage sont rejetées.

« L'eau mère, que l'on a séparée de l'hydrate de magnésie par le filtre, contient du sulfate double d'ammoniaque et de magnésie, et un excès d'ammoniaque ; on l'utilise de la manière suivante : on l'introduit dans l'appareil à dégagement, et on y verse un lait de chaux fait avec 23 parties de chaux vive qui sont nécessaires à la décomposition complète de la solution provenant du traitement de 100 parties de sel d'Epsom. L'action de la chaux, aidée de la chaleur, dégage la totalité de l'ammoniaque, qu'on utilise pour une nouvelle précipitation.

« Lorsque toute l'ammoniaque s'est dégagée, on démonte l'appareil, on fait couler le liquide trouble, on le laisse déposer, et on recueille le dépôt qui est un mélange de sulfate de chaux, de chaux en excès et de magnésie. On le lave avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, la magnésie se dissout, la chaux reste à l'état de sulfate insoluble, et le sulfate de magnésie régénéré est mélangé à une nouvelle quantité de sel d'Epsom pour servir à une opération suivante. Il faut avoir bien soin de n'aiguiser l'eau qu'avec la quantité d'acide sulfurique nécessaire à la saturation de la magnésie.

« L'économie de l'opération consiste dans ce fait que le corps, précipitant l'ammoniaque, se régénère dans le courant des manipulations, et que la magnésie, que l'ammoniaque n'a pas précipitée, se retrouve facilement et peut servir de nouveau.

« Le pharmacien qui, dans un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, voudra faire une préparation extemporanée de magnésie hydratée, opérera comme il suit : il dissoudra rapidement, à chaud ou à froid, une forte proportion de sulfate de magnésie dans de

l'eau ordinaire, versera dans la liqueur une solution d'ammoniaque caustique, jusqu'à ce que l'odeur ammoniacale soit prononcée, filtrera sur un linge, lavera le dépôt d'hydrate de magnésie, et le délayera immédiatement dans une certaine quantité d'eau. Ainsi préparé, l'antidote pourra servir. Dès que les accidents toxiques auront été combattus, le pharmacien aura le loisir, dans son laboratoire, de retirer l'ammoniaque et la magnésie existant dans l'eau mère.

« Le sel d'Epsom contient sur 100 parties, en poids, 16,50 de magnésie (Mg O), représentant environ 24 de magnésie hydratée (Mg O, H O). L'ammoniaque ne précipitant que la moitié de la magnésie, il est important, dans un cas pressant, de traiter une forte partie de sulfate de magnésie. Il n'en est plus de même au laboratoire, où l'ammoniaque employée et la magnésie non précipitée se retrouvent toujours. »

Ce nouveau procédé a été l'objet de critiques de la part d'un pharmacien instruit, M. Berthé ; mais nous ne saurions partager son avis sur les avantages de la précipitation de la magnésie par la potasse caustique, surtout au point de vue de la préparation extemporanée d'un contre-poison de l'acide arsénieux. En effet, Berzélius a fait remarquer que : « il est absolument indispensable que l'hydrate de magnésie ne contienne pas de potasse, car il se formerait de préférence de l'*arsénite potassique*, qui est un sel vénéneux. » Ainsi, un pharmacien qui livrerait une préparation d'hydrate de magnésie contenant la plus petite trace de potasse, au lieu d'aider à guérir le malade, le tuerait. Il n'en est pas de même lorsque le sel de magnésie est préparé avec l'ammoniaque ; quand même le précipité, lavé plusieurs fois, contiendrait encore un peu d'ammoniaque, comme cet alcali est sans action sur l'acide arsénieux, le pharmacien fournira toujours, en suivant le procédé de M. de Guérin, un antidote sur lequel le praticien pourra sûrement compter.

Mode très-simple de préparation de la magnésie calcinée.

On prépare la magnésie calcinée en décomposant une solution bouillante de sulfate de magnésie par une solution bouillante de carbonate de potasse, lavant le précipité de carbonate de magnésie et le calcinant dans un creuset à une haute température. Cette opération est longue et coûteuse. La facilité avec laquelle l'hydrate perd son eau, à une température peu élevée, pour devenir magnésie anhydre,

engage M. de Guérin à proposer son nouveau procédé comme un moyen économique d'obtenir la magnésie calcinée.

On prépare de la magnésie hydratée en opérant comme l'auteur l'a indiqué plus haut, puis on la verse dans un grand vase en porcelaine ou en terre, placé directement sur des charbons ardents ; on remue continuellement, et, avant d'atteindre au rouge sombre, la magnésie perd toute son eau et donne de la magnésie calcinée.

Potion iodée contre la fièvre intermittente.

On a proposé l'emploi de la teinture d'iode comme traitement des fièvres intermittentes. Nous lisons dans le Bulletin de la Société de médecine de Poitiers, qu'un de ses membres, M. Barilleau, ayant eu l'occasion d'essayer cette médication, avait vu la maladie disparaître dans trente-sept cas, sur quarante qu'il avait traités. La formule employée est la suivante :

Infusion de camomille..... 100 grammes.
Teinture d'iode............ 30 gouttes.

Mêlez : à prendre en trois fois.

On continue pendant plusieurs jours de suite l'usage de cette potion.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur l'héméralopie, et spécialement sur son traitement par les fumigations.

A propos d'une curieuse observation d'héméralopie chez un enfant guérie à l'aide de fumigations de foie de bœuf, et relatée par son auteur, M. le docteur Ch. Deval (Union médicale, 3 juillet 1858), M. le docteur Fonssagrives publie dans le même journal (3 août 1858) une notice fort intéressante sur ce sujet. Tout en reconnaissant que ce mode de traitement de l'héméralopie est purement empirique, tout en avouant qu'il lui est impossible d'expliquer la manière dont les fumigations azotées agissent contre cette singulière perturbation de la vision, le savant médecin en chef de la marine à Cherbourg établit d'une manière incontestable l'efficacité de ce moyen thérapeutique, et passe en revue les titres de noblesse qui doivent l'accréditer auprès des médecins ; ces titres remontent à Hippocrate : plus précis dans ses paroles, Paul d'Egine recommande les fumigations de

foie de bouc; Oribase, Aétius, Marcellus, etc., conseillent le même moyen. Au moyen âge, il semble tomber dans l'oubli, et ce n'est que vers la fin du dix-huitième siècle que l'on retrouve son indication dans la curieuse relation de Dupont sur l'épidémie qui eut lieu à Strasbourg; enfin M. Stœber, dans son excellent *Manuel d'ophthalmologie,* continue la tradition de Dupont, et insiste sur les bons effets des fumigations de foie de bœuf contre l'héméralopie.

M. Fonssagrives rapporte trois observations d'héméralopie guérie par ce moyen sur des matelots revenant d'une longue campagne dans les mers du Sud. Il décrit rapidement le mode d'administration des vapeurs azotées : « Un foie de bœuf cuit dans l'eau bouillante est immédiatement coupé par tranches et placé dans une serviette dont l'un des chefs enveloppe la tête du malade; les yeux doivent recevoir les vapeurs d'aussi près que possible et sont maintenus ouverts : on répète ces fumigations deux ou trois fois par jour. » Enfin, il fait appel aux observations que les chirurgiens auraient pu recueillir. C'est à cet appel que M. Baizeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, répond par une lettre insérée dans l'Union médicale (14 août 1858).

Après un exposé savant des indications qu'on trouve dans les différents auteurs sur l'efficacité des fumigations de foie de bœuf contre l'héméralopie, M. Baizeau en vient à se demander quel est l'élément thérapeutique auquel il faut rapporter la guérison de la maladie. Est-ce la bile ou ne sont-ce que les vapeurs d'eau? Ses nombreuses expérimentations lui ont démontré que les vapeurs d'eau simple réussissent tout aussi bien à guérir l'héméralopie que les vapeurs azotées; des expériences tentées avec diverses autres fumigations de plantes aromatiques ou de substances excitantes n'ont donné aucun résultat; aussi M. Baizeau en revient-il aux fumigations de vapeurs d'eau administrées deux fois par jour, et il dit s'en être parfaitement trouvé.

Comme on le voit, la question se simplifie considérablement, l'expérience démontrant que la vapeur d'eau seule, appliquée aux yeux d'un héméralope, suffit pour faire disparaître cette singulière perversion de la vision. Aussi notre honorable confrère a-t-il la modestie d'ajouter qu'il pense que « ces fumigations sont fort inoffensives, et ne doivent pas avoir grande influence contre l'héméralopie. »

Cependant ce traitement si simple a été remplacé par un autre bien plus simple encore, mais qui n'est pas du moins, comme le précédent, exempt de tous dangers. M. Netter, dans une note adressée à l'Académie des sciences, il y a trois mois seulement, annonce

qu'il a guéri *en quelques heures* des héméralopes, en les plaçant dans une chambre obscure et leur faisant regarder des objets situés dans l'obscurité. Comme le fait très-bien remarquer M. Baizeau, nous pensons que ces efforts de vision sont bien plutôt capables de produire une hypéresthésie fâcheuse de la rétine, et d'augmenter ainsi l'amblyopie que de la guérir. Nous ne savons trop comment expliquer les quatre succès obtenus par cette médication ou plutôt par cette gymnastique oculaire.

Nous croyons qu'il ne sera pas inutile de rapprocher de ces faits observés par nos estimables confrères deux cas d'héméralopie, dans lesquels instituant notre médication d'après l'examen rationnel des symptômes présentés par les malades, nous avons obtenu la guérison assez promptement, sans avoir recours à l'emploi des fumigations azotées que nous réservions pour le cas où nous aurions échoué par d'autres moyens.

Le premier héméralope que j'eus l'occasion d'observer était un matelot embarqué sur *la Mersey*, paquebot à vapeur, à bord duquel nous faisions, en août et septembre 1856, un voyage de Marseille à Malte, Alexandrie, toute la côte de Syrie et l'archipel grec : nous avions une chaleur intolérable, augmentée encore par la réflexion des rayons solaires sur les parois du navire qui sont en fer, et peintes en noir. Ce matelot fut tout surpris, en prenant le quart de nuit, de ne pouvoir distinguer ni les mâts, ni les nombreux obstacles qui encombrent le pont, sur lesquels il se heurtait à chaque instant. L'officier de quart le renvoya au poste d'équipage, et croyant à un subterfuge employé par cet homme pour se faire exempter du service, il me pria de l'examiner et de faire mon rapport.

Le malade vint me trouver à huit heures du matin. Il voyait parfaitement les aiguilles de ma montre, et distinguait clairement la mâture d'un bâtiment qui était au moins à 3 ou 4 milles au large de nous. Les pupilles étaient un peu dilatées, très-paresseuses ; la tête était lourde, la face un peu colorée, la langue saburrale, l'épigastre douloureux à la pression ; enfin, il y avait de la constipation depuis quelques jours. J'exemptai le matelot du service pour vingt-quatre heures, et j'attendis au soir pour m'assurer si je n'avais pas affaire à un cas d'héméralopie. Cette journée fut consacrée par moi à la lecture de tous les ouvrages d'oculistique que je possédais, je recherchai tout ce qui se rapportait à l'héméralopie, et je me rappelle que l'indication des fumigations de foie de bœuf relatée dans le Manuel de M. Stœber me frappa beaucoup.

Le soir venu, les mêmes symptômes se reproduisirent : mon homme était encore aveugle ; il ne pouvait distinguer le mât de misaine à une distance de 50 centimètres ; les feux de position que nous avions à tribord et à bâbord étaient complétement invisibles pour lui : une lampe à foyer très-puissant lui faisait l'effet d'un fanal vu à une distance énorme ; il trébuchait à chaque pas, et accusait une grande pesanteur de tête, qu'il comparait à celle que produit l'ivresse. Je l'examinai à l'ophthalmoscope, et trouvai à peine un peu d'hypérhémie rétinienne ; la papille était normale, la choroïde n'était pas sensiblement congestionnée.

Dès le lendemain je fis appliquer douze sangsues à l'anus, et prescrivis la limonade citrique.

Le second jour, l'état saburral persistant, je fis prendre au malade un émélo-cathartique (sulfate de magnésie, 35 grammes ; émétique, 10 centigrammes).

Les choses allèrent ainsi jusqu'au cinquième jour, sans amélioration bien marquée ; la vue, parfaite dans la journée, diminuait vers sept heures du soir, demeurait presque nulle toute la nuit, et revenait petit à petit entre trois et quatre heures du matin. Je prescrivis ce jour-là du bouillon de veau émétisé, me proposant d'en venir aux fumigations azotées dans le cas où je n'aurais pas d'amélioration. Dans la journée le malade eut sept ou huit garde-robes ; il disait qu'à chaque selle il sentait sa tête se débarrasser ; le soir même, sans pouvoir encore se conduire seul sur le pont, il apercevait déjà les gros objets à une distance de 2 ou 3 mètres ; le lendemain, la diarrhée continuant, la vision s'améliora d'une manière sensible, et, sans aucune autre médication, le malade fut complétement guéri le quatorzième jour.

J'avoue que j'avais instinctivement une certaine défiance de l'emploi des fumigations azotées, ne me rendant pas compte de leur mode d'action. Je regardais comme plus rationnel de combattre d'abord les symptômes généraux, constipation, pesanteur de tête, etc. Je me réservais d'employer les fumigations au cas où la médication que j'instituais aurait échoué ; je n'eus pas besoin d'y recourir.

Un second fait d'héméralopie dont j'ai été témoin est le suivant : c'était un chauffeur qui, passant six heures de suite devant les fourneaux de la chaudière, et cela deux fois dans les vingt-quatre heures, soumis à une température vraiment incroyable, étanchait sa soif ardente en buvant des flots d'eau pure ; il fut pris, au bout de trois jours, d'une diarrhée extrêmement intense : l'eau de riz laudanisée en vint promptement à bout ; mais dès le second jour de la suppres-

sion de la diarrhée, notre homme, se levant à minuit pour prendre son quart, fut dans l'impossibilité de trouver la porte de sa cabine. Il était dans un état d'hébétude extraordinaire, se plaignant de pesanteurs de tête et de vertige. Je fais appliquer des sangsues à l'anus, et vers quatre heures du matin la vision se rétablit : je croyais avoir eu simplement affaire à une légère congestion du sang à la tête, et j'étais tout heureux du résultat obtenu par l'évacuation sanguine, lorsque le soir, après le coucher du soleil, notre homme retomba dans la même cécité que la veille, même pesanteur de tête, même hébétude; la lampe dont je me sers pour l'examen ophthalmoscopique l'impressionne fort peu, les pupilles sont largement dilatées; rien à noter ni dans la rétine, ni dans la choroïde.

Interrogeant le malade sur l'état de son ventre, j'appris qu'il n'avait pas eu de garde-robe depuis trois jours; la langue était sale, l'haleine fétide, le creux de l'épigastre sensible. En présence de cet état saburral, j'ordonnai un vomi-purgatif dont j'entretins l'action par l'usage habituel de l'eau de veau émétisée. Le neuvième jour tout était rentré dans l'ordre, et le malade reprenait son service à la machine.

Enfin, un de mes amis, lieutenant dans un régiment de ligne en garnison à Marseille, me raconta un jour que plusieurs fois un certain nombre d'hommes de son régiment avaient été atteints de cécité nocturne, qui avait promptement disparu sous l'influence de laxatifs continués pendant quelques jours.

Si, d'un aussi petit nombre de faits, il était permis de tirer quelques conclusions, je dirais :

1° Que l'héméralopie symptomatique me semble être une simple variété de l'amblyopie congestive, survenant dans les conditions qui déterminent celle-ci : sous l'influence de l'irritation produite par l'excès de lumière dont l'œil est inondé, la sensibilité de la rétine s'émousse, et diminue à mesure que la fatigue des yeux augmente ; aussi est-ce surtout le soir que revient l'amblyopie ou même la cécité.

2° Que l'héméralopie est surtout fréquente dans les pays où les journées très-chaudes et les nuits très-froides et humides prédisposent à la diarrhée : la suppression de ce flux amène un certain degré de congestion de la tête, et les yeux, déjà fatigués par l'ardeur du soleil, sont bientôt atteints d'amblyopie symptomatique de cette double cause. Ces conditions étiologiques se trouvent réunies sur le littoral de la Méditerranée ; aussi les cas d'héméralopie sont-ils fréquents en Algérie, en Egypte, en Grèce, où cette affection était déjà connue d'Hippocrate.

3° Que le résultat donné par la médication antisaburrale justifie pleinement la remarque de Celse, que la maladie guérit par le retour de la diarrhée.

4° Enfin, que bien que les vomi-purgatifs nous aient suffi pour obtenir la guérison, il n'en est pas moins vrai que l'on devra, si cette médication vient à échouer, recourir aux fumigations azotées ou simplement de vapeur d'eau, dont les résultats sont aujourd'hui démontrés d'une manière évidente (quoique inexplicable) par les observations de MM. Deval, Fonssagrives et Baizeau (1).

Docteur Doumic.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Des appareils de mouvement dans les déviations de la taille et les dyspnées qui en sont la conséquence. — Le *Bulletin de Thérapeutique* a eu déjà la bonne fortune de publier plusieurs des tentatives de thérapeutique fonctionnelle dont M. le professeur Bonnet poursuit la généralisation avec une grande persévérance. Notre savant correspondant vient d'exposer à l'Académie de médecine une nouvelle application de cette méthode, et nous sommes heureux de pouvoir placer sous les yeux de nos lecteurs un résumé, fait par l'auteur lui-même, du mémoire qu'il a lu devant cette savante Compagnie.

Malgré des travaux nombreux et des tentatives variées, les déformations de la taille restent souvent incurables ou ne sont améliorées

(1) Au témoignage de nos confrères français, nous pouvons ajouter encore celui de plusieurs médecins allemands. Ainsi, le docteur Zsimondy, chirurgien en chef provisoire du grand hôpital de Vienne, dit avoir été témoin de plusieurs cas de guérison très-rapide et très-durable par les fumigations de foie de bœuf. Le docteur Karg, médecin de l'hospice des orphelins de la même ville, a répété ces essais dans plus de trente cas d'héméralopie et a obtenu les mêmes résultats. D'après le docteur Kreuser, ce moyen est regardé comme spécifique dans les prisons de Stuttgart. Le docteur Fucsslin, médecin de la prison cellulaire de Bruchsal, s'en loue également. Enfin, le docteur Allé, médecin de la prison de Brunn, dit y avoir trouvé ce traitement en usage depuis de nombreuses années et l'avoir continué avec succès. Seulement, nous ferons remarquer que nos confrères allemands font manger le foie à leurs malades; plusieurs même insistent beaucoup sur cette partie du traitement. Ajoutons que ce traitement par les fumigations de foie de bœuf est tout à fait populaire en Pologne et en Russie. (*Note du Rédacteur*.)

que partiellement et pendant un temps très-court. L'impuissance de l'art en ce qui regarde les difformités du tronc tient en grande partie à la roideur qui se produit, avec l'âge, dans les articulations de la colonne vertébrale et des côtes. Cette roideur accroît les difficultés du traitement jusqu'au point de les rendre insurmontables après l'adolescence, et elle produit ces oppressions si graves, si fréquemment mortelles, qui font qu'après la quatrième année les déviations prononcées de la poitrine ne sont plus de simples difformités, mais de graves lésions.

Les causes de cette ankylose incomplète dépendent de la difformité d'abord, de l'immobilité ensuite; d'où il résulte que, pour rendre un jeu libre aux os du tronc dans les déviations de la taille, il ne faut pas se contenter d'agir sur la direction vicieuse par des pressions ou des tractions prolongées, mais qu'il faut faire mouvoir avec persévérance les os dont le jeu est depuis longtemps ralenti ou supprimé.

La gymnastique et les manipulations étant impuissantes à remplir cette dernière indication, j'ai été conduit à étendre aux roideurs de la poitrine, compliquées de difformités de la taille, le principe des appareils de mouvement que j'ai imaginés et employés d'abord pour les articulations des membres. Aucune application de ce genre n'a présenté d'aussi grandes difficultés. Je n'ai obtenu quelques résultats que par la persévérance de mes efforts réunis à ceux de M. Blanc, mécanicien orthopédiste à Lyon.

Ceux que j'ai fait construire pour les tailles déviées sont de deux espèces : les uns tendent uniquement à faire cesser la torsion vicieuse du thorax; les autres ont pour effet simultané de combattre cette torsion et de redresser les incurvations latérales de la poitrine.

Quelle que soit la disposition que l'on adopte, l'essentiel est de faire agir le levier par pressions intermittentes, répétées aussi souvent que les efforts d'expiration.

Lorsqu'on exécute cette manœuvre, on voit, si l'ankylose n'est pas complète, la série des apophyses épineuses former une courbe moins prononcée, arriver à la ligne droite ou même s'infléchir en sens inverse; la taille s'allonge momentanément, et cet allongement peut aller jusqu'à 1 et même 2 centimètres dans les premiers moments qui suivent une séance d'un quart d'heure à une demi-heure.

En présence de ces effets immédiats, on ne peut douter que l'usage des appareils de mouvement ne contribue au rétablissement d'une bonne direction.

Depuis huit à dix ans que je les emploie, je les ai toujours

associés, indépendamment des modificateurs de la constitution, à l'usage d'une gouttière vertébrale qui empêche toute position vicieuse pendant le séjour au lit, et à celui d'un corset-tuteur qui tend à soutenir la colonne pendant la station debout.

Les pressions exercées à l'aide de l'appareil ont été répétées deux fois par jour, pendant une durée croissante de quinze à quarante minutes. Cet office a été confié aux personnes qui soignaient les malades; et comme l'emploi de ces moyens n'offre aucune difficulté et n'entraîne aucune douleur, les traitements ont été suivis, non dans des établissements spéciaux, mais dans les familles ou dans des pensionnats.

Dans quelques difformités peu prononcées, sans roideurs notables, et chez des sujets de moins de dix ans, on a pu obtenir une disparition de toute difformité. Mais la grande majorité de nos malades étant âgés de douze à dix-huit ans, et les courbures très-prononcées et très-solidement maintenues, nous n'avons obtenu que des améliorations, très-notables il est vrai, lorsque les malades ont été persévérants.

Cette simple diminution n'étonnera pas ceux qui connaissent l'extrême difficulté que présente la cure des déviations de la taille après la puberté; ils accepteront, je l'espère, avec satisfaction, un traitement qui peut se faire dans l'intérieur des familles, qui améliore la santé, produit un redressement sous les yeux mêmes de l'observateur, et prépare, par l'assouplissement des articulations, le succès qui est compatible avec la gravité des lésions.

Dans les dyspnées qu'entraînent les déformations anciennes de la poitrine, l'usage des appareils de mouvement, continué pendant plusieurs mois, suffit à lui seul pour produire un soulagement très-notable. Lors même que l'on ne réussit point à diminuer la déformation, ou qu'on ne la diminue que très-imparfaitement, les malades recouvrent la faculté de marcher, de monter, de courir même, sans être arrêtés par l'oppression qui les fatiguait auparavant.

Ces résultats ont été obtenus chez plusieurs jeunes personnes de quatorze à dix-huit ans, ayant des déformations extrêmes, et bien que la difformité des plus malades n'ait été que médiocrement améliorée. Bien plus, ils ont été observés chez une demoiselle de cinquante-cinq ans, affectée, depuis plusieurs années, d'une anhélation extrême qui allait toujours croissant et qui s'accompagnait d'étourdissements fréquents et d'une décoloration extrême. L'amélioration persiste depuis quatre ans, grâce aux manœuvres de mobilisation que la malade

reprend de temps à autre, quand ces accidents tendent à se renouveler.

Ces faits sont remarquables ; ils indiquent un véritable progrès ; ils prouvent que lorsque les déviations sont devenues incurables, il est encore possible de diminuer la fâcheuse influence qu'elles exercent sur la respiration.

En présence de ces effets, on est conduit à se demander si l'on ne pourrait pas réussir par des moyens analogues, en agissant sur des poitrines dont la conformation est régulière. Je me suis beaucoup occupé de la solution de ce problème : j'ai fait construire des appareils, très-simples, du reste, par lesquels je cherche à agrandir artificiellement la capacité de la poitrine, en redressant la concavité que présente en avant la région dorsale. Mais les recherches que j'ai faites sur ce sujet, quoique très-nombreuses, sont encore incomplètes ; elles demandent à être poursuivies et ne peuvent encore vous être présentées : je ne peux insister que sur les applications des appareils de mouvement, faites depuis longtemps aux roideurs et aux difformités des articulations des membres, et sur celles que j'expose aujourd'hui pour la première fois et qui ont trait aux déviations de la taille et aux dyspnées qui en sont la conséquence.

Si l'on rapproche les uns des autres tous les faits qui démontrent l'utilité de ces mouvements passifs, on sera conduit à donner place dans la pratique à l'ensemble des appareils qui permettent de les exécuter le plus souvent sans aide et toujours avec une régularité et une douceur dont l'influence sur la guérison ne peut être appréciée que par ceux qui en font usage.

Résultats des opérations de trachéotomie pratiquées a l'hôpital des enfants malades pendant les années 1857 et 1858. — Nous avons publié dans ce journal, il y a deux ans, un tableau statistique des résultats fournis par la trachéotomie à l'hôpital des Enfants malades, pendant l'année 1856. Nous sommes heureux de pouvoir le faire aujourd'hui pour les années 1857 et 1858, d'autant plus que ces résultats confirment de plus en plus ce que nous avons dit nous-même de l'utilité de cette opération. Il est bien établi aujourd'hui que la trachéotomie sauve plus d'un cinquième des enfants affectés de croup, et l'on comprend quels résultats bien autrement favorables cette opération devra avoir dans des conditions hygiéniques plus favorables que celles de l'hôpital des Enfants malades.

M. Millard a consigné dans son excellente thèse inaugurale le relevé suivant :

	Opérés.	Guérisons.	
Année 1857.....	39 garçons.	4	Plus de 1/10.
	31 filles.	12	Plus de 1/3.
	70	16	Plus de 1/5.
Année 1858.....	23 garçons.	4	Plus de 1/6.
(1er semestre).	31 filles.	9	Plus de 1/4.
	54	13	Plus de 1/5.

On comprend que nous n'attachions pas une grande importance, et M. Millard n'en attache pas plus que nous, à cette circonstance de la prédominance des succès chez les filles ; mais il est un fait qui ressort de plus en plus de tous ces relevés, de toutes ces opérations, c'est le peu de chance de succès que présente cette opération avant l'âge de quatre ans et l'augmentation de ces mêmes chances à mesure que les enfants avancent en âge. Il est un autre fait qui a toujours été relevé par les partisans de la trachéotomie, c'est que cette opération réussit d'autant mieux qu'elle a été pratiquée de meilleure heure ; mais ce fait ne nous touche guère, parce que l'opération de la trachéotomie reste et restera toujours, pour les praticiens prudents, une résolution extrême, et qu'il nous semble sage de n'y recourir qu'après avoir épuisé tous les moyens et en particulier les vomitifs à haute dose; nous aimons mieux faire notre profit de cette remarque de M. Millard, qu'il n'est jamais trop tard pour opérer : des dix-neuf succès qui ont été obtenus, il en est six qui l'ont été après cinq et six jours de maladie. D'un autre côté, et bien que la condition la plus favorable au succès de l'opération soit la prédominance de l'asphyxie dans l'ensemble des symptômes, M. Millard ajoute, et nous ajoutons avec lui : Il y a peu de conditions qui la contre-indiquent. Quelle admirable opération, du reste, que la trachéotomie, quand elle réussit ! Du troisième au sixième jour, rarement après le septième, on peut retirer la canule, et la plaie est parfaitement cicatrisée du quatorzième au vingt-deuxième jour, rarement plus tard que le trente-troisième.

Il est enfin dans la dissertation inaugurale de M. Millard une chose à signaler, c'est l'utilité qui lui a paru résulter pour les enfants trachéotomisés de l'administration du chlorate de potasse à la dose de 4 grammes par jour; il lui a semblé, et telle est aussi l'impression de M. Blache, qui l'a toujours prescrit à ses petits malades, que la guérison des opérés en était favorisée. Nous prenons acte en terminant

de ce fait, que nous croyons vrai, de l'inutilité des cautérisations énergiques du pharynx et peut-être même de toute espèce de cautérisation dans le traitement du croup. Depuis un an, dit M. Millard, M. Blache n'a pas cautérisé une seule gorge et a guéri cependant un très-grand nombre d'angines couenneuses graves, de celles que les médecins s'empressent de cautériser énergiquement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Affection syphilitique *du foie; cas suivi de guérison.* L'histoire des altérations syphilitiques des viscères est encore extrêmement peu avancée: les lésions du foie en particulier sont très-mal connues; elles ont été étudiées chez les nouveau-nés par M. Gubler. Chez l'adulte, M. Ricord a représenté, dans son *Iconographie*, une induration partielle du foie. Les Allemands, les Anglais se sont préoccupés de la question. Mais enfin nos connaissances sont encore bien peu de chose sur ce point particulier de la syphilographie. Le fait suivant servira à montrer qu'il est des cas où la question de la syphilis doit être posée, quand il s'agit du diagnostic des affections hépatiques.

E. D..., âgée de vingt-sept ans, mariée, fut admise à l'hôpital de Sainte-Marie, en décembre dernier, dans le service du docteur Handfield Jones. C'était une femme d'une faible complexion, mais qui ne paraissait être atteinte à ce moment d'aucune affection déterminée, à l'exception d'une sensation pénible vers le larynx, donnant lieu à un sentiment d'étranglement. Le 11 janvier, elle se plaignit d'une grosseur dans l'épigastre qui était sensible. L'exploration de cette région y fit découvrir une tumeur bien limitée, du volume d'une petite noix, se sentant bien plus distinctement quand la malade se mettait à son séant que quand elle était couchée, et paraissant située sur le bord antérieur du foie. Le docteur Markham, à la suite d'un examen qu'il fit quelques jours après le docteur Jones, rapporta comme ce dernier la tumeur au même siége, et la regarda comme de nature cancéreuse. Le 8 février, la malade se plaignit de souffrir de la gorge, et l'on y trouva une ulcération ayant les caractères des ulcères syphilitiques de cette partie; en conséquence, les pilules de Plummer et l'iodure de potassium furent prescrits. Il se manifesta de l'amélioration immédiatement. Le 11 mars, la patiente déclara qu'elle ne sentait presque plus sa grosseur de l'épigastre, à la grande surprise du docteur Jones, qui ne put parvenir à la retrouver. Le 8 avril, E. D... quitta l'hôpital, parfaitement guérie, et ne présentant plus la moindre trace de la tumeur qui avait été constatée dans l'hypocondre droit et qui avait été rapportée à la glande hépatique. (*Lancet*, juin 1858.)

Bains minéraux (*Action des gaz respirés pendant la durée des*). Sous le titre d'*Esquisses balnéologiques*, le professeur Loeschner a publié une série d'articles intéressants sur les eaux minérales de la Hongrie. Nous dirons un mot seulement de son premier travail, qui traite d'un point trop négligé par certains auteurs modernes. Le professeur de Prague fait remarquer combien il est important de tenir compte des substances qui s'échappent des bains médicamenteux sous forme de gaz et de l'absorption de ces substances par la surface pulmonaire, surface si remarquable par son étendue et par sa force d'absorption. Aussi, est-ce sous ce point de vue que l'auteur étudie l'action des bains simples, des bains d'eau de mer, des bains alcalins, des bains de vapeur, des bains iodés, bromurés, sulfurés, aromatiques, etc. Il montre par des considérations physiologiques que la principale action de ces bains se fait par les voies respiratoires, sans nier toutefois les effets que le bain exerce sur la peau, en modifiant l'action des nerfs périphériques et de l'appareil vasculaire. (*Viert. für Prat.* et *Gaz. méd.*, août.)

Cancer (*Formules pour le traitement général et local du*). M. le docteur Boinet est un des médecins qui poursuivent avec une grande persévérance l'étude des meilleurs moyens de traitement de cette redoutable affection ; nos lecteurs doivent se rappeler encore le travail que nous avons récemment publié (tome XLVII, p. 378). Témoin de deux nouveaux faits, M. Boinet vient d'offrir à la discussion de ses collègues de la Société de médecine les moyens de traitement qu'il emploie ; nous croyons devoir reproduire ici le résumé qui termine son nouveau mémoire :

1° Préparations iodurées et bromurées ; 2° hydrothérapie, ablutions, douches, lotions, bains alcalins et de préférence aux iodo-bromurés ; 3° purgations douces et répétées tous les quinze jours, entraînement ; 4° boissons diurétiques, eau de Vichy (source Lardy), acétate de potasse, eaux ferrugineuses ; 5° régime substantiel, fortifiant, alimentation iodée ; 6° habitation saine, sèche, aérée ; promenades, distractions.

Applications locales : 1° emplâtre fondant ;

Pr.	Emplâtre de Vigo......	16 grammes.
	Extrait de belladone...	4 grammes.
	Extrait de ciguë	4 grammes.
	Iode en poudre très-fine	1 gramme.

2° Pommade, matin et soir, en frictions pendant un quart-d'heure et pour panser les ulcères cancéreux :

Pr.	Axonge................	50 grammes.
	Bromure de potassium.	2 grammes.
	Iodure de fer.........	2 grammes.
	Bromure liquide.......	25 centigr.
	Acétate de morphine...	15 centigr.

3° Poudre. Sur une peau de cygne appliquée :

Pr.	Iode en poudre........	2 grammes.
	Acétate de morphine...	30 centigr.
	Amidon en poudre.....	20 grammes.

4° Sachet résolutif :

Iode en poudre........	50 centigr.
Brôme.................	25 centigr.
Sel ammoniac..........	10 grammes.
Chlorhydr. de morphine	25 centigr.
Amidon en poudre.....	20 grammes.

Enfin, opération : d'abord avec le bistouri, ensuite, s'il y a récidive, avec les caustiques, la pâte de Canquoin de préférence. (*Gaz. hebd.*, août.)

Chorée et toux nerveuse *traitées par le tartre stibié, à haute dose*. Les lecteurs du *Bulletin* ont été mis au courant, par notre collaborateur, M. Bonfils, des essais de réhabilitation de la méthode de Laënnec pour le traitement de la chorée, et des modifications heureuses que M. Gillette y a introduites. Quelques-uns des collègues de M. Gillette, à l'hôpital des Enfants, ont répété depuis ses expériences. Il ne sera pas sans intérêt de faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus. Voici, entre autres, ceux que M. Henri Roger a fait connaître à la Société médicale des hôpitaux.

Les malades traités, au nombre de douze, par M. Roger peuvent être divisés en trois catégories. Dans l'une, composée de cinq malades, il y a eu un amendement tellement prompt qu'il n'a pas eu besoin de donner le remède plus de trois jours de suite. La guérison a été complète chez tous vers le quinzième jour. Chez deux malades de la deuxième catégorie (composée de quatre malades également guéris), il y a eu complication de pneumonie. Une amélioration sensible s'est manifestée dès le premier jour de la médication stibiée, et elle se continua avec régularité les jours suivants, sans revenir pendant la période de convalescence de la pneumonie. Une troisième catégorie, composée de trois faits, comprend les insuccès.

En somme, sur douze faits il y a neuf guérisons, toutes plus ou moins rapides, et trois cas dans lesquels la méthode a donné des résultats négatifs. Chez deux malades de la deuxième catégorie l'administration du tartre stibié a produit un amendement momentané dans les symptômes. Ainsi, chez l'un d'eux, la chorée, qui était générale et intense, cessa tout à coup, dès la troisième dose d'émétique ; mais cette amélioration fut de courte durée ; dès le lendemain, la chorée reprit sa marche et s'accrut même, en dépit d'une seconde série de traitement, et elle résista à trois autres. Chez un second le tartre stibié et les purgatifs décidèrent assez promptement une guérison qu'on n'avait obtenue que par les exercices gymnastiques. Mais après trois mois environ de disparition, la chorée récidiva avec une intensité nouvelle ; elle résista à deux séries de traitement par le tartre stibié. Enfin, dans le troisième fait de cette troisième série ; le remède a échoué complétement ; la maladie, loin de s'amender, a paru même plutôt s'aggraver après deux séries de traitement.

M. Roger a constaté, comme M. Gillette, l'innocuité de la médication ; il a obtenu, dans presque tous les cas,

la tolérance en se conformant rigoureusement aux prescriptions de son collègue.

Si l'on considère la durée moyenne de la chorée, que les auteurs fixent à soixante-dix ou quatre-vingts jours, on ne peut méconnaître dans ces faits un effet évident de la médication, qui, dans la grande majorité des cas (neuf fois sur douze), a produit une grande amélioration en quelques jours et la guérison en deux ou trois semaines.

— Nous croyons devoir placer ici, à côté de ces faits, une observation que M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, vient de publier et qui nous paraît se rattacher au même ordre de faits. Il s'agit d'un cas de toux nerveuse que M. Notta a attribuée, avec raison, pensons-nous, à une chorée du diaphragme, et qui a été guérie par le même moyen.

Une jeune fille de dix-sept ans était atteinte d'une petite toux continuelle, se reproduisant plus de vingt fois par minute; ces accès de toux commençaient le matin dès que la malade s'éveillait et ne cessaient que lorsqu'elle s'endormait; elle n'en était point réveillée la nuit. La toux ne s'accompagnait d'aucun chatouillement au larynx, ni le long de la trachée; elle n'était pas pleine et forte comme celle du rhume; il n'y avait point d'expectoration. Au dire de la malade, il lui semblait que le besoin de tousser venait de l'estomac. L'isthme du gosier ne présentait ni rougeur ni granulation; les amygdales n'étaient pas hypertrophiées; pas de procidence de la luette, rien du côté de la poitrine. M. Notta prescrivit la belladone, à la dose de 3 centigrammes, en recommandant d'augmenter d'une pilule tous les cinq jours.

Cette médication n'ayant produit aucune amélioration au bout de quinze jours, et la belladone commençant à troubler la vue, M. Notta en suspendit l'usage et prescrivit la potion suivante :

Julep gommeux.	. .	100 grammes.
Sirop diacode.	. .	15 grammes.
Tartre stibié.	. .	25 centigr.

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

La malade vomit quatre fois dans la première journée et eut onze garde-robes. Dès midi la toux avait complètement cessé.

Le jour suivant, même potion à 40 centigrammes. Trois vomissements et cinq garde-robes. La toux n'a pas reparu.

Le troisième jour, 50 centigrammes. Cinq vomissements et quatre évacuations alvines. — A dater de ce moment la guérison était complète. (*Union médicale*, juillet 1858.)

Emissions sanguines: *Dans quels cas doit-on les employer au début des fièvres exanthématiques?* Le traitement des fièvres éruptives varie nécessairement, selon qu'elles sont bénignes ou intenses, simples ou compliquées de différents éléments morbides dont il faut tenir compte. Parmi ces complications, les plus communes sont les fluxions graves qui s'établissent souvent au moment de l'invasion sur les divers organes renfermés dans les cavités splanchniques, et notamment sur le cerveau, les poumons et le tube digestif. Dans les cas simples, la diète, les boissons délayantes et légèrement diaphorétiques suffisent pour favoriser l'éruption et amener une solution heureuse. Mais lorsque la période d'invasion se prolonge sans que l'éruption se décide et qu'il survient du délire, des mouvements convulsifs, une agitation extrême, ou bien encore une dyspnée inquiétante, se rapportant à un engouement pulmonaire, faut-il se borner à cette simple médication? Telle est la question que M. le docteur Bertulus s'est posée, et voici de quelle manière il l'a résolue en présence de ses élèves, dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Marseille. M. Bertulus est d'avis que, dans ce cas, les émissions sanguines peuvent être indiquées dans le cours des fièvres exanthématiques. La saignée générale, les applications de sangsues et le bain trouvent, dit-il, leurs indications lorsque l'éruption se fait difficilement, et lorsque des fluxions viscérales et des inflammations intenses se présentent. Employés en temps et lieu, ces moyens thérapeutiques deviennent héroïques et assurent souvent une heureuse terminaison aux plus dangereuses fièvres éruptives.

Voici un exemple qui vient à l'appui de ces principes.

Le jeune P..., né à Saint-Pierre (Martinique), âgé de dix ans, tombe malade le 3 juillet dernier : céphalalgie, angine intense, déglutition très-difficile, coryza, râles sibilants en haut et en arrière des deux côtés de la poitrine, toux fréquente, forte fièvre, langue pointillée, rouge sur les bords, plaques rouges manifestées à la région antérieure du thorax; du reste, pas de gargouillement, pas de torpeur. (Dix sang-

sues à l'anus, dans le but d'obtenir une dérivation de la fluxion gutturale; tisane de mauve miellée.)

Le 4, même état; l'éruption n'a pas persisté; subdelirium, agitation extrême. Deux mouches de Milan aux jambes, infusion de sureau, potion à prendre par cuillerées, toutes les heures, avec l'eau de gomme, l'esprit de Mindérérus et la teinture de castoréum; application de dix sangsues sur le trajet des jugulaires au bas du cou.

Le 5. Diminution notable de l'angine, du délire et de l'agitation. L'éruption n'a pas reparu pourtant; mais un peu de moiteur s'est manifestée à la peau qui, jusqu'à ce moment, avait été aride. (Continuation de la tisane et de la potion.)

Le 6, à trois heures du matin, sueurs générales très-copieuses, diminution considérable du mouvement fébrile, déglutition libre, plus de délire. (Même prescription.) La transpiration dure pendant trois jours aussi abondante, et le malade entre en convalescence le 9 juin.

On voit par ce fait, qui ne manque pas, d'ailleurs, d'analogues dans la science, que les émissions sanguines peuvent trouver leur place au début et dans le cours des fièvres exanthématiques, et que, non-seulement dans les cas graves, compliqués d'accidents imminents du côté des viscères, avec retard de l'éruption, elles n'empêchent pas celles-ci de se faire, mais qu'elles la rendent encore plus facile. (*Presse médicale de Marseille*, juin 1858.)

Etranglement *interne déterminé par une constipation opiniâtre.* On connaît toute la gravité des accidents auxquels peut donner lieu quelquefois la constipation. On trouve dans les auteurs un grand nombre d'observations dans lesquelles des occlusions intestinales produites par la rétention des matières fécales en ont imposé pour des invaginations, et où l'accumulation des fèces produisait de véritables volvulus. Voici un cas où la constipation a produit tous les symptômes de l'étranglement, heureusement conjurés par une médication très-active et très-variée, comme on va en juger.

Un homme de quarante-quatre ans entre, le 26 novembre dernier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Devay, en proie à de vives coliques et à une constipation à laquelle il est sujet, mais qui dure cette fois depuis plus de huit jours, avec perte d'appétit, sans vomissements ni vomituritions. La langue était saburrale; point de douleur épigastrique. Les coliques, très-vives, avaient principalement leur siége à la région ombilicale et s'irradiaient dans les hypocondres et dans les flancs, sans que la pression les exagérât. Le ventre était d'ailleurs souple dans toute son étendue. Le pouls était régulier, mais faible et à 72. — M. Devay diagnostique une entéralgie et prescrit: infusion de mauve et violette; cataplasme, grand bain; lavement avec 30 grammes d'huile de ricin; bouillon.

Les jours suivants, les douleurs persistant et la faiblesse augmentant, on prescrit : potion avec acétate de morphine, 5 centigrammes; frictions avec l'extrait de belladone (10 grammes) et l'opium (2 grammes). Une ou deux selles diarrhéiques peu abondantes ont été provoquées par les lavements purgatifs répétés.

Le 3 décembre, à la suite de l'ingestion d'un purgatif, le malade est pris de nausées, d'éructations et de vomissements. Les symptômes abdominaux s'exaspèrent. On émet le doute d'une péritonite partielle. (Potion : teinture de castoréum, 20 gouttes; sirop de valériane, 30 grammes; eau de laurier-cerise, 2 grammes; pommade chloroformée; lavements avec 4 grammes d'assa-fœtida et décoction de valériane. Diète.)

Les lavements ne provoquent toujours qu'avec la plus grande difficulté quelques selles liquides.

Le 5 décembre on perçoit par le palper et par la percussion une tumeur empâtée et allongée dans la région iléo-cœcale et remontant le long du côlon ascendant. Ce nouvel incident, joint aux phénomènes précédents, fait modifier le diagnostic et porter celui d'embarras stercoral. (Frictions avec l'extrait de belladone et l'onguent napolitain; lavements *ut suprà*; limonade purgative.)

Le 7, augmentation de la tumeur. Hoquet, vomiturition, pouls presque insensible, misérable; refroidissement des extrémités, altération profonde des traits, langue sèche, bouche mauvaise, haleine presque fétide. (Eau magnésienne saturée, suppositoire avec 30 centigrammes d'aloès. — Potion avec 5 centigrammes extrait de belladone; frictions avec huile de croton-tiglium.)

Du 8 au 11 il se manifeste une légère amélioration. Il y a eu quelques selles liquides, et les coliques ont diminué d'intensité.

Le 13, réapparition des symptômes graves, constipation. (Pastilles de ca-

lomel de 5 centigrammes chaque, toutes les deux heures ; frictions avec 30 grammes d'onguent napolitain et 8 grammes d'extrait de belladone.)

L'état du malade reste à peu près le même jusqu'au 21 décembre, époque à laquelle il rend, après l'administration prolongée du calomel, des selles liquides et sanguinolentes. Des souffrances extrêmes ressenties dans la soirée nécessitent l'application d'une vessie remplie de glace et l'administration d'un lavement de tabac, qui n'apportent aucun soulagement. Le malade éprouve la plus vive anxiété ; le facies est de plus en plus altéré ; les forces déclinent considérablement ; la maigreur augmente tous les jours ; le pouls est presque insensible ; le ventre est excessivement douloureux ; la tumeur reste la même.

Le 26, M. Devay fait appliquer un large vésicatoire camphré, qui recouvre tout l'abdomen.

Le 27, le malade rend pour la première fois des scybales excessivement durs et en très-petite quantité. Il en éprouve un grand soulagement.

Les 28 et 29, de nouvelles selles ont lieu ; les matières stercorales sont toujours dures, précédées et suivies d'excrétions diarrhéiques.

Enfin, à partir du 1er janvier, des évacuations abondantes, mélangées de matières durcies et liquides ou sanguinolentes, produisent une amélioration notable qui, à dater de ce moment, va toujours en croissant. Les douleurs ont totalement cessé, la tumeur a disparu. Les forces reviennent rapidement avec l'appétit. Les toniques, aidés d'une alimentation réparatrice, ramènent bientôt la santé.

Le malade sort le 6 février de l'Hôtel-Dieu, complétement guéri.

—Il est arrivé chez ce malade ce qui se passe fréquemment dans les constipations opiniâtres. Le bouchon stercoral ayant été ramolli par la grande quantité de liquides injectés, s'est creusé probablement à sa partie centrale en forme de conduit étroit, et a ainsi livré passage aux matières les plus liquides.

Au point de vue thérapeutique, on aura remarqué l'amélioration notable qui a suivi l'application d'un large vésicatoire camphré sur l'abdomen, lequel aura probablement agi en provoquant, par une sorte d'action dérivatrice puissante, des mouvements péristaltiques des intestins suffisants pour chasser la masse stercorale. (*Gaz. médic. de Lyon*, juillet.)

Fiel de bœuf. *Action résolutive de son emploi topique contre l'hypertrophie glandulaire.* Un médecin divisionnaire de l'armée prussienne, M. Bonorden, appelle de nouveau l'attention sur cet agent médicamenteux, beaucoup plus efficace, selon lui, qu'on ne semble le croire, et partant trop oublié aujourd'hui. Il le regarde comme ayant une action résolutive très-efficace, et assure en avoir obtenu les meilleurs résultats dans les affections suivantes :

Dans les engorgements et l'hypertrophie des mamelles, l'emploi topique du fiel de bœuf aurait une action résolutive très-remarquable. Voici la formule que recommande l'auteur :

Pr.	Fiel de bœuf épaissi....	95 grammes.
	Extrait de ciguë......	4 grammes.
	Savon de natron......	8 grammes.
	Huile d'olive.........	30 grammes.

Mêlez en triturant; frictionnez quatre fois par jour la partie malade avec ce mélange.

Dans l'hypertrophie des amygdales, l'auteur affirme n'avoir plus eu d'occasion d'exciser ces glandes depuis qu'il fait appel aux propriétés résolutives du fiel de bœuf. Voici le mode d'emploi de la substance dans ces cas. On prend un pinceau un peu dur et pourvu d'un manche, on le trempe dans le fiel de bœuf, réduit préalablement à la consistance d'onguent au moyen d'un peu d'eau, et l'on en enduit la glande deux ou trois fois par jour. Ce moyen ne produit qu'une légère irritation, qui dure environ une demi-heure et détermine la salivation. Au début, cette application est désagréable, mais le malade s'y habitue bientôt, et dans un temps très-court il acquiert la conviction que ses glandes tuméfiées diminuent de volume, quoique leur hypertrophie date souvent de plusieurs années. Dans un cas compliqué de diminution de l'ouïe, cette infirmité disparut parce que la glande, revenue à son volume normal, ne comprimait plus l'orifice de la trompe d'Eustache.

Dans certaines affections des yeux et particulièrement dans les obscurcissements de la cornée, dans le pannus et même dans le staphylôme partiel ou total, les services rendus par le fiel de bœuf ne sont pas moins importants. Dans ce cas, il faut chercher à instiller plusieurs fois par jour, entre l'œil et la paupière, une goutte de fiel fraîchement extrait, ou en enduire la partie malade à l'aide d'un pinceau

quand la substance offre la consistance d'onguent.

En présence de ces faits, M. Bonorden pense qu'on devrait étendre ces applications aux affections analogues de la bouche, des oreilles, du vagin et de l'utérus, ainsi que de la peau. L'innocuité de ces expérimentations cliniques devra porter les praticiens à vérifier et à poursuivre l'étude du médecin prussien. L'art y gagnât-il seulement la certitude de la guérison de l'hypertrophie des amygdales, ce serait encore une conquête précieuse pour la pratique courante. (*Med. Zeit.* et *Rev. étrang. méd.-ch.*, août.)

Fièvre typhoïde (*Chlorure d'oxyde de sodium contre le ballonnement dans la, et de quelques autres moyens de traitement de cette affection*. Le ballonnement du ventre dans la fièvre typhoïde est un de ces symptômes qui, bien que secondaires, n'en réclament pas moins l'attention du praticien, comme source d'indication spéciale. Or, le ballonnement résiste bien souvent aux divers moyens que l'on emploie habituellement pour le combattre. Les cataplasmes émollients, en particulier, ainsi que les onctions huileuses, au lieu de le diminuer ne font, au contraire, le plus souvent que l'accroître. Voici un moyen que M. le docteur Cocheril, d'Evran (Côtes-du-Nord), dit avoir employé avec succès sur un très grand nombre de malades. Sa simplicité ne peut, d'ailleurs, qu'en faciliter l'expérimentation. Il consiste dans l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque. On met deux cuillerées de cette liqueur dans un litre d'eau, on y trempe une serviette que l'on applique sur le ventre, où elle reste jusqu'à ce qu'elle soit sèche, et on la réapplique de nouveau, à plusieurs reprises, jusqu'à complète résolution des gaz, ce qui s'opère quelquefois au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. — M. Cocheril assure que sur plus de quatre cents malades il n'a jamais vu échouer ce moyen une seule fois.

Lorsque, au contraire, il existe une rétraction du ventre, il fait des frictions sur cette partie avec de l'onguent populéum et la recouvre de ouate maintenue avec des bandelettes de diachylum gommé, et il fait pratiquer des frictions chlorurées sur tout le corps, tant que la chaleur est âcre et mordicante et jusqu'à ce qu'une douce chaleur s'établisse. Il étanche la soif avec l'eau albumineuse alternée avec la limonade gazeuse et l'eau froide prise en petite quantité et souvent.

Le catarrhe est combattu par les pilules suivantes :

Oxyde blanc d'antimoine. 4 grammes.
Baume de Tolu. . . . . . . 4 grammes.
Extrait gommeux d'opium 3 décigr.
Miel de Narbonne. . . . . . Q. S.

M. S. A. des pilules de 2 décigrammes que les malades prennent de deux en deux heures, à moins qu'il ne survienne de la somnolence.

Quelle que soit la forme de la maladie, lorsque le pouls baisse, que la peau est dans l'état normal ou au-dessous, le malade est alimenté soit par la bouche, soit par des lavements de bouillon. Enfin, à cette période de la maladie, M. Cocheril a recours à une médication tonique : columbo, racine d'inula campana, unis aux substances béchiques, à l'eau vineuse, etc. (*Abeille médicale*, juillet.)

Injection iodée *dans la cavité péritonéale pour une hydropisie ascite. Guérison malgré l'introduction de l'air dans le péritoine.* Malgré les craintes et les répugnances qu'inspirèrent au début les premières tentatives d'injection iodée dans la cavité péritonéale, pour le traitement de l'ascite, cette méthode a fini par prévaloir, grâce aux nombreux succès qui ont été obtenus depuis quelques années et qui en ont démontré à la fois l'efficacité et l'innocuité. Toutefois, il ne manque pas encore de praticiens pour qui cette démonstration est comme non advenue, et qui, en présence d'une ascite grave, imbus encore des anciennes terreurs qu'inspirait l'idée d'introduire un agent irritant quelconque dans le péritoine, reculent devant cette pratique, laissant les malades succomber aux progrès du mal, plutôt que de tenter un moyen qui leur eût donné de grandes chances de guérison. Nous croyons donc utile, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de mettre sous les yeux de nos lecteurs de nouveaux exemples du succès de cette méthode. C'est à ce titre que nous résumons ici l'observation suivante, publiée par M. le docteur Letenneur, de Nantes, et qui présente, comme on le verra aussi, un intérêt particulier sous un autre point de vue.

Une jeune personne de dix-huit ans fut amenée à M. Letenneur, au mois de mai 1854, pour une hydropisie ascite, dont le début remontait au

moins à trois ans et qui, dans les premiers temps, s'était développée avec une lenteur extrême. Rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une lésion organique quelconque à laquelle on pût rattacher cette ascite. Une ponction donna issue à 10 litres de sérosité citrine albumineuse. Après la ponction, on put s'assurer qu'il n'existait aucune trace de kyste et que l'hydropisie avait bien son siége dans le péritoine. L'ascite ayant récidivé l'année suivante, malgré l'emploi d'un traitement tonique, une seconde ponction fut pratiquée en novembre 1855. Nouvelle récidive en septembre 1856. M. Léteneur se décida à pratiquer cette fois une injection iodée. La ponction fut faite comme à l'ordinaire; après avoir laissé écouler 12 litres de sérosité, estimant à environ 2 litres au plus la quantité de liquide restant dans le péritoine, il fit une première injection comprenant le tiers du mélange suivant :

Eau..............	200 grammes.
Teinture d'iode....	30 grammes.
Iodure de potassium	2 grammes.

Par suite d'un mouvement de recul du piston de la seringue, qui ne fut pas aperçu, il pénétra, avec le liquide iodé, une quantité d'air assez notable, ce que l'on reconnut à un glou-glou caractéristique.

Le ventre fut malaxé de manière à mélanger la solution avec la sérosité qui était restée dans le péritoine et à la mettre en contact avec la plus grande surface possible. La malade n'éprouva, pendant cette manœuvre, aucune douleur. A bout de huit minutes, on fit écouler par la canule 2 litres environ de liquide, uniformément coloré par l'iode. Quand il ne resta plus dans le péritoine qu'une quantité insignifiante de liquide, on injecta les deux tiers restant de la solution, en dirigeant successivement vers différents points l'extrémité de la canule. Le ventre fut malaxé de nouveau, pendant que la malade changeait de temps en temps de position; et, après un quart d'heure, on fit sortir la moitié du liquide et la canule fut retirée, laissant à dessein le reste de l'injection dans l'abdomen.

Le pouls qui, avant l'opération, s'était élevé à 80 pulsations, descendit à 68. Quelques heures après, il se manifesta à la gorge un goût âcre et amer, qui fut de courte durée. Dans la soirée, il y eut un peu de réaction fébrile. Rien de particulier le lendemain ni le surlendemain, pas de douleur dans le ventre; à peine une pression énergique excitait-elle un peu de sensibilité. On trouve dans le ventre une plus grande quantité de liquide que celle fournie par l'injection. La succussion donne lieu à un gargouillement très-marqué et très-sonore, qui révèle encore la présence de l'air dans le péritoine, la percussion sur la région sous-ombilicale donne un son tympanique très-marqué.

Les jours suivants, la malade n'a éprouvé d'autres accidents qu'un peu de dysphagie, avec de la chaleur à la gorge, qui présentait une teinte rouge violacée très-prononcée, phénomènes qui n'ont duré qu'un jour.

Le quatrième jour, un purgatif fut prescrit, la malade n'ayant pas été à la selle depuis l'opération.

A partir de ce moment, la guérison marcha régulièrement, et, à la fin de la deuxième semaine, la malade put quitter Nantes pour retourner chez elle. Il y avait encore, à cette époque, un peu d'air dans la cavité abdominale, ce que l'on constatait par la succussion; mais il ne tarda pas à disparaître complétement, et dans l'espace de quelques mois, la santé de cette jeune personne ne laissait plus rien à désirer.

Nous ferons remarquer, à côté de l'efficacité et de l'innocuité si évidentes dans ce cas de l'injection iodée, l'innocuité non moins remarquable de la présence de l'air accidentellement introduit dans la cavité péritonéale pendant l'opération. Nous ne prétendons pas conclure de là qu'il ne faille pas prendre les précautions convenables pour prévenir autant que possible cette pénétration; mais on peut voir par ce fait que cet accident n'a pas tous les dangers qu'on aurait été porté à lui attribuer. (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1858.)

Phthisie pulmonaire. *De l'action des vapeurs d'eau de mer.* Au moment où l'attention se porte particulièrement sur les ressources qu'offre à la thérapeutique l'athmiatrie pulmonaire, il y a lieu d'enregistrer tous les faits qui rentrent plus ou moins directement dans cette méthode. C'est à ce titre que nous exposerons ici les résultats des études que M. le docteur Wiedasch (de Norderney) a faites sur l'action thérapeutique des vapeurs de l'eau de mer. M. Wiedasch s'est assuré que les sels qui entrent dans la composition de ce li-

quide persistent dans la vapeur et agissent d'une manière favorable sur les poumons, et il a vu les tuberculoses, les pneumonies et les affections catarrhales les plus diverses, profondément et favorablement modifiées par les inhalations d'eau de mer réduite en vapeur. Il a dirigé ses expériences avec tout le soin possible, employant l'auscultation, la spirométrie, en analysant l'urine et en tenant compte du poids des malades, afin d'apprécier avec exactitude les changements survenus dans l'économie. Il pratique l'inhalation à l'aide d'un entonnoir placé au-dessus d'un vase qui renferme de l'eau de mer en ébullition, et fait répéter l'opération plusieurs fois par jour, de manière à obtenir en tout une heure d'inhalation. De plus, il fait mettre près du lit des malades de grands vases remplis d'eau de mer chaude, pour que l'air soit autant que possible imprégné de vapeurs. Le système de la pulvérisation de l'eau créé récemment par M. Sales-Girons fournirait des résultats cliniques moins douteux ; il permettra de créer dans la chambre des malades une atmosphère marine artificielle dégagée de ces variations si brusques de la température qu'on éprouve sur les bords de la mer. (*Deutsche Klinik* et *Gazette médicale*, juillet.)

VARIÉTÉS.

Moyen de détruire les mouches dans l'appartement d'un malade.

Par M. Stanislas Martin.

Un médecin de province nous prie de lui indiquer une substance innocente, ou à peu près, pour l'homme, mais qui ait la propriété de tuer les mouches qui envahissent la chambre des pauvres paralysés, pour lesquels les attaque incessantes de ces maudits insectes constituent, pendant toute la durée de l'été un supplice incessant. Une semblable demande nous est trop souvent faite à Paris, pour que nous n'y répondions pas.

La substance toxique que nous proposons est le savon de Marseille, parce qu'il a la propriété d'attirer l'insecte et qu'il n'a pas les effets dangereux du cobalt arsenical qui fait, chaque année, quelques victimes parmi nous, mais surtout parmi les gallinacés qui mangent les mouches qui en ont été empoisonnées et qu'on n'a pas eu la prudence d'enterrer. On opère de la manière suivante :

On met près du lit du malade un vase contenant de l'eau très-fortement chargée de savon ; on recouvre ce vase d'un papier au milieu duquel on a pratiqué une issue assez grande pour que les mouches puissent y pénétrer. L'effet de ce piége sera bien plus certain, si on ajoute à l'eau de savon un peu de sucre, ou, mieux encore, du miel ou de la mélasse.

Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade de *commandeur* : MM. les professeurs Andral et Trousseau ; M. Am. Lefebvre, directeur du service de santé à Brest ; M. Davenne, directeur de l'assistance publique ; — au grade d'*officier* : M. Duval, second chirurgien en chef ; M. Delioux de Savignac, second médecin en chef ; M. Vincent, premier pharmacien en chef de la marine ; M. Campmas, médecin principal à l'hôpital militaire de Barèges ; M. Peyre, médecin principal à l'Hôtel des Invalides ; M. Poiseuille, membre de l'Académie de médecine ; — au grade de *chevalier* : MM. Gantelme, Leclerc, Ferrand, Lerond, Gallerand, chirurgiens de la marine ; M. Durand-Fardel, inspecteur des eaux d'Hauterive-Vichy ; M. Marquet, à Clamecy ; M. Reynier, ancien chirurgien militaire ; M. Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand ; M. Villemin, médecin en chef de l'hospice des orphelins de Strasbourg ; M. Bourdon, médecin de l'hôpital de Lariboisière ; M. Marotte, médecin de la Pitié ; MM. Béclard, Robin, Empis, professeurs agrégés ; MM. Charcot, Naudet, Blanchet, Michéa, médecins à Paris.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhée et de la leucorrhée chroniques.

Par le docteur Emile Caby, ancien interne de la maison de Saint-Lazare.

S'il est un recueil scientifique qui a accordé de tout temps une grande importance à la généralisation de l'emploi thérapeutique du sous-nitrate de bismuth, c'est bien certainement le *Bulletin*, et c'est payer, par conséquent, une espèce de dette de reconnaissance que de venir, comme je le fais aujourd'hui, consigner dans ce journal les résultats d'expériences nombreuses qui témoignent en faveur d'une application nouvelle de ce précieux médicament. J'ai publié dans ma thèse inaugurale les détails de ces expériences : je me propose seulement de les résumer pour les lecteurs du *Bulletin* en conservant tout ce qui est indispensable pour en faire comprendre le mode d'action et d'application.

C'est contre les écoulements des parties génitales chez l'homme et chez la femme que je viens recommander le sous-nitrate de bismuth. Mais je le dis en commençant, la condition indispensable pour le succès, c'est que ces écoulements aient perdu leur caractère véritablement inflammatoire. C'est dans les écoulements véritablement chroniques que le sous-nitrate de bismuth possède des propriétés vraiment remarquables et qui le rendent supérieur à tous les autres agents employés généralement pour tarir les sécrétions catarrhales.

§ I. — Sous le nom de *blennorrhée*, de *blennorrhagie chronique*, de *suintement habituel*, on désigne une seule et même maladie, l'écoulement du canal de l'urètre, soit qu'il succède à une blennorrhagie aiguë, soit, au contraire, qu'il débute d'emblée sous la forme chronique. Ces écoulements en apparence si bénins, ces suintements habituels ont fait de tout temps le désespoir des malades et des médecins qui voient les balsamiques les plus puissants, les injections les plus variées n'amener souvent qu'une amélioration passagère. Eh bien, dans ces cas, si, bien entendu, il n'y a aucune complication du côté du canal ou de ses annexes, le sous-nitrate de bismuth devient presque un spécifique.

L'injection avec le sel de bismuth s'administre comme toutes les autres injections; seulement, comme il n'est pas soluble, il faut avoir soin d'agiter la bouteille au moment de faire usage du liquide. On verse la quantité nécessaire dans la seringue, et on pousse l'injection dans le canal; puis on la maintient pendant deux ou trois mi-

nutes, de façon qu'il se dépose la plus grande quantité possible de sous-nitrate sur les parois urétrales. Après ce temps, on laisse écouler le surplus.

Au début, trois injections par jour sont nécessaires; dès que l'écoulement diminue, deux suffisent; puis, quand il est tari, il est bon que le malade continue pendant quelques jours à faire une injection, le soir en se couchant, afin de prévenir toute récidive.

Je fais mettre 30 grammes de sous-nitrate de bismuth pour 200 grammes d'eau de roses; mais cette formule n'est point invariable, et la dose de bismuth peut être augmentée ou diminuée si on le juge convenable.

Tous les phénomènes qui succèdent à l'injection du sous-nitrate de bismuth se réduisent à une sensation de sécheresse et de tension, seulement elle n'a rien de douloureux, et les sujets les plus timorés n'accusent guère qu'un tiraillement assez fort le long du canal; encore ce signe ne se présente-t-il qu'après les premières injections, pour disparaître presque aussitôt.

On ne doit pas craindre que la couche épaisse de bismuth qui tapisse les parois du canal de l'urètre rende l'émission des urines plus difficile; certains malades m'ont même affirmé qu'ils urinaient beaucoup plus facilement après chaque injection, et l'un d'eux, qui avait éprouvé au début de très-grandes souffrances, et dont la muqueuse urétrale conserva pendant longtemps une certaine sensibilité, me disait avec bonheur que, s'il l'avait pu, il aurait pris une injection chaque fois qu'il avait besoin d'uriner, car alors *il était sûr qu'il ne se sentirait pas pisser*. Cette expression a certes bien sa valeur.

Le malade devra toujours uriner avant de pousser l'injection, afin que le bismuth reste en contact avec la muqueuse le plus longtemps possible; c'est ainsi que l'injection prise le soir avant le coucher fait avancer plus rapidement la guérison, surtout si les urines ont été conservées dans la vessie pendant la nuit tout entière.

Je possède aujourd'hui quarante-trois observations de blennorrhées plus ou moins anciennes, guéries par les injections au sous-nitrate de bismuth sans aucun adjuvant. De ces blennorrhées, l'une durait depuis treize mois : guérison en trois jours; deux autres duraient depuis onze et douze mois : guérison en cinq jours; une autre, datant de dix mois, a guéri en sept jours; une, datant de neuf mois, a guéri en huit jours; bref, cette maladie, constatée chez les individus les plus différents par leurs habitudes, leur tempérament, leurs conditions d'existence, n'a jamais résisté à ce nouveau mode de traite-

ment dont la durée a été au minimum de trois jours, au maximum de vingt et un jours.

Je donnerai ici quelques observations.

Obs. I. Eugène B..., vingt-huit ans, interne des hôpitaux; constitution très-forte, tempérament sanguin.

Urétrite datant de six mois. Traitement par le copahu, le poivre de cubèbe, les injections au nitrate d'agent, au sulfate de zinc, etc.

Après six mois, l'écoulement est encore abondant, jaunâtre, mais parfaitement indolore.

Injections avec le sous-nitrate de bismuth. Dès le deuxième jour, la sécrétion diminue, change d'aspect; elle devient blanchâtre, grise.

Au huitième jour, la goutte du matin n'existe plus. Continuation du traitement pendant une deuxième semaine.

La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. II. Jean V..., trente-cinq ans, concierge; constitution forte, tempérament sanguin.

Goutte militaire datant de treize mois. Traité à la consultation de l'hôpital du Midi; copahu, injections au sulfate de zinc.

La goutte ne se montre que le matin au réveil; elle est supprimée dès la sixième injection. Guérison radicale.

C'est sur ce malade que je fis ma première expérience.

Obs. III. Charles P..., vingt-quatre ans, employé; constitution robuste, tempérament bilieux.

Urétrite datant de quatre mois. Traitement rationnel. Dès que le malade suspend les injections auxquelles il est soumis, l'écoulement reparaît; il est abondant, visqueux, jaunâtre. Aucune douleur.

Injections avec le sous-nitrate de bismuth.

L'écoulement ne cesse que le onzième jour. J'engage le malade à continuer le traitement, car il se livre à des excès de tout genre; ce qui, je crois, n'a pas peu contribué à entretenir la chaude-pisse aussi longtemps.

Obs. IV. Louis B..., vingt-deux ans, étudiant; constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin.

L'urétrite a débuté il y a cinq mois. Période inflammatoire des plus intenses, émissions sanguines. Plus tard, balsamiques, injections variées. Guérison momentanée, puis apparition d'un écoulement jaunâtre, abondant, continu; douleur nulle.

Chaque jour, trois injections au sous-nitrate de bismuth. Chez ce malade, il a fallu neuf jours pour obtenir un tarissement complet, et cependant, contrairement au sujet de l'observation III, il observait scrupuleusement le régime prescrit.

Dans la crainte de voir reparaître l'écoulement, il continue, pendant une quinzaine de jours, à prendre chaque soir, en se couchant, une injection avec le bismuth. Pas de récidive.

Obs. V. Victor N..., dix-sept ans, coiffeur; constitution faible, tempérament scrofuleux.

La chaude-pisse a commencé il y a quatorze mois; elle a été des plus violentes. Traitements divers par des pharmaciens, des herboristes. Chez ce malade, l'écoulement n'est devenu tout à fait indolore qu'au troisième mois, à partir du début de la maladie.

Vie très-déréglée, mauvais régime. En même temps que l'écoulement urétral, je constate des trajets fistuleux au cou, ayant succédé à des abcès froids, et laissant encore suinter un pus mal lié.

Injections au sous-nitrate de bismuth pour le canal de l'urètre; pansement des abcès froids avec la décoction de feuilles de noyer.

Le traitement de la blennorrhée a duré vingt et un jours. La guérison s'est maintenue. Le malade qui fait le sujet de cette observation est un de ceux chez lesquels la sensation de tiraillement le long du canal a persisté le plus longtemps; chez tous les autres, je n'ai noté que les phénomènes déjà énumérés.

§ II. — Je passe à la *blennorrhée d'emblée*, à cet écoulement indolent qui est tout à fait le pendant des flueurs blanches chez la femme.

Ici les causes sont diverses. Chez les enfants, c'est un vice diathésique, la masturbation ; chez l'adulte, ce sont des excès, de grandes fatigues, certains aliments, certaines boissons, et, plus souvent que toutes ces causes réunies, c'est le coït. Mais alors il a eu lieu, dans la majorité des cas, avec une femme parfaitement saine, n'ayant elle-même aucune sécrétion anormale du vagin ou de l'utérus, et cependant on constate chez le malade un écoulement abondant, tachant parfois le linge de la même façon que la blennorrhagie la plus aiguë, mais en même temps bien distinct de celle-ci, en ce qu'il est toujours indolore; car si la douleur existait, ce ne serait plus une blennorrhée.

En interrogeant le sujet, vous apprendrez que, pendant son enfance, il a été fréquemment atteint d'otorrhée, d'écoulement nasal, d'ophthalmies, de diarrhées; vous trouverez même parfois des cicatrices de scrofules. Ici la cause est bien manifeste; cette prédisposition des muqueuses à être frappées d'affections catarrhales, chroniques, qui se traduisent dans le jeune âge du côté de certains organes, se continue chez l'adulte, et la plus minime influence devient une cause déterminante de maladie. D'ailleurs tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le tempérament et la constitution doivent être pris en très-grande considération, lorsqu'on recherche les motifs qui produisent ces écoulements; et dans l'enfance, ce n'est pas au traitement local, mais bien à un traitement général qu'il faut recourir, de façon à modifier profondément la constitution, ce qui devient à peu près impossible après un certain âge.

Je n'ai par devers moi que trois observations de cette blennorrhée d'emblée; je les citerai avec détails, car le résultat obtenu me semble des plus concluants.

En première ligne, je signalerai le cas d'un jeune homme de vingt-cinq ans, fils d'une maîtresse de maison de tolérance à Paris, vivant

chez sa mère, et qui ne pouvait avoir de rapports avec une femme sans être pris, dans les vingt-quatre heures qui suivaient le coït, d'un écoulement, toujours indolore, il est vrai, mais en revanche toujours intarissable. Ce garçon, d'une constitution très-frêle, d'un tempérament lymphatique, avait épuisé toutes les méthodes de traitements, tant rationnels qu'empiriques, et jamais il n'avait pu obtenir qu'une guérison momentanée. Il me fut adressé par une pensionnaire de sa mère, qui était accusée par lui d'être malade, et chez laquelle il me fut impossible de constater un seul signe morbide. Je prescrivis à ce malade les injections au sous-nitrate de bismuth, non sans une certaine crainte d'échec, je l'avoue; mais sept injections suffirent pour tarir la sécrétion urétrale.

Un mois après cette première guérison, il revint me trouver, porteur d'un nouvel écoulement; il avait eu des rapports sexuels et, comme par le passé, l'affection avait reparu. Cette fois il fallut six jours de traitement. Lorsque je crus la guérison assurée, je voulus essayer d'empêcher le retour de l'affection, et, pour cela, j'engageai cet homme à prendre une injection de sous-nitrate de bismuth chaque fois et aussitôt après qu'il aurait pratiqué le coït. L'expérience pouvait se proposer et était même rendue des plus faciles par la position dans laquelle P... vivait. Il fit comme je le lui avais conseillé et l'écoulement ne se montra pas. Depuis lors, P... a un préservatif assuré; quand il a vu une femme, il s'empresse de recourir à l'injection prescrite; s'il néglige cette prescription, l'écoulement ne se fait pas attendre.

Une injection de tout autre nature pourrait sans doute, m'objectera-t-on, amener les mêmes résultats. Non, car sur ce même sujet j'ai prescrit des injections à l'acétate de plomb, au tannin à faible dose, et jamais, par elles, il ne m'a été permis de prévenir l'apparition de la blennorrhée.

Cette observation, sur laquelle je me suis longuement étendu, me semble intéressante à plus d'un titre; d'abord, la propriété du bismuth de tarir la sécrétion de la muqueuse urétrale est incontestable, mais elle en renferme une autre non moins digne de remarque, c'est celle de prévenir toute sécrétion anormale. Il faut donc que le sel de bismuth ait un mode d'action spécial que nous ne pouvons saisir et que M. Monneret lui-même n'a pu expliquer lorsqu'il a si bien décrit les merveilleux effets du sous-nitrate pour arrêter ces flux de la muqueuse intestinale qui épuisent les malheureux phthisiques.

La seconde observation a trait à un jeune collégien âgé de qua-

torze ans, adonné à la masturbation, d'une constitution délicate, d'un tempérament des plus lymphatiques. Les organes génitaux sont très-développés. N'ayant jamais eu de rapports avec une femme, il est atteint d'un écoulement urétral depuis onze jours; pas de douleur en urinant. En même temps que l'écoulement urétral, je constate un certain degré de punaisie avec suintement qui, me dit-on, a succédé à des coryzas fréquents.

Je n'hésite pas à prescrire les injections avec le sous-azotate de bismuth pour le canal, et des prises du même sel en guise de poudre de tabac pour le nez. Le suintement nasal et la punaisie disparurent dès les premières prises, mais le traitement a dû être continué pendant quelque temps afin d'assurer la guérison. Il y a plusieurs années que M. Monneret avait indiqué des cas d'ozène guéris par le sous-nitrate de bismuth en poudre. Quant à l'écoulement urétral, il ne fut tari qu'après neuf jours.

Enfin le troisième fait est celui d'un jeune homme qui, lorsque je le vis, venait d'avoir des rapports avec une femme pour la première fois; dix-huit heures après le coït, il était pris d'un écoulement très-abondant, laissant sur le linge des taches verdâtres. Il n'existe aucune douleur. Dans ce cas, il m'a été possible de visiter la fille avec laquelle ce jeune homme avait eu des rapports, et je n'ai rien pu trouver de son côté qui vînt donner l'explication d'un pareil écoulement.

Le sous-nitrate a eu raison de cette affection dans l'espace de six jours, sans qu'il fût fait aucun autre traitement.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le mode d'administrer les injections est le même que celui déjà formulé plus haut.

§ III. — Nous ne dirons qu'un mot du traitement de la balanite et de la balano-posthite par le sous-nitrate de bismuth. Sous l'influence de ce médicament, l'affection disparaît rapidement, et avec cet avantage, qu'on épargne toute douleur au malade.

Voici le mode de pansement le plus simple et le meilleur; on découvre le gland, on enlève le liquide dont il est baigné et on projette le sous-nitrate sec et en poudre sur les parties malades; puis on recouvre le tout de charpie ou de coton cardé. S'il y a des chancres, on les cautérise d'abord profondément et on procède ensuite au pansement avec le sous-nitrate, qui ne retardera en rien leur guérison et deviendra même un obstacle à l'infection des parties voisines par le pus chancreux.

Dans l'*herpes præputialis*, le sous-nitrate de bismuth en poudre peut aussi trouver son emploi.

§ IV. — Parmi les écoulements des organes génitaux de la femme, pour lesquels nous avons employé le sous-nitrate de bismuth, nous parlerons successivement des écoulements limités à la muqueuse des parties génitales externes (*leucorrhée vulvaire*), des écoulements qui affectent la muqueuse vaginale (*leucorrhée vaginale*), des écoulements qui ont tout à la fois pour siége le vagin, la vulve et l'urètre (*leucorrhée vulvo-vaginale, leucorrhée vulvo-urétrale*).

Leucorrhée vulvaire, écoulement vulvaire, hypersécrétion des follicules de la vulve. — 1° Il est des écoulements qui ne franchissent pas les diverses parties qui composent la vulve, soit qu'ils aient succédé à la folliculite vulvaire, maladie décrite d'une façon si remarquable par M. Huguier : ceux-là sont les plus nombreux; soit qu'ils aient apparu sans aucun signe inflammatoire précurseur : ceux-ci, sans être très-fréquents chez la femme adulte, se rencontrent plus souvent chez les petites filles dont la vulve tout entière est baignée par une hypersécrétion indolente, sans qu'il soit possible quelquefois de lui assigner une véritable cause et sans caractère d'inflammation bien tranché, mais alors, comme dans les premiers, on trouve toujours une certaine altération des follicules qui tapissent la muqueuse.

Pendant mes trois années d'internat à Saint-Lazare, j'ai été à même d'étudier et de rencontrer les diverses causes de ces affections signalées par les auteurs, et les observations que j'ai pu recueillir sont nombreuses. Parmi ces causes, une des plus fréquentes, sans contredit, c'est l'état de grossesse; sur vingt malades atteintes d'inflammation des follicules vulvaires, dit M. Huguier, il faut s'attendre à en trouver quinze ou seize enceintes.

« Par suite du surcroît d'activité survenu dans les divers éléments anatomiques du tégument vulvaire, il y a habituellement une augmentation de sécrétion des follicules, aussi bien de la part de ceux qui sont enflammés que de ceux qui ne le sont pas; les vaisseaux sudorifères et les cryptes muqueux de l'entrée du vagin participent à cette hypersécrétion, la vulve est plus humide et exhale une odeur plus forte que dans l'état normal. » (Huguier).

Cette folliculite, qui ne s'accompagne le plus souvent d'aucune douleur et dont le symptôme prédominant est une sécrétion anormale, cède avec une rapidité surprenante à l'emploi du sous-azotate de bismuth.

Parmi les causes bien reconnues de ce suintement vulvaire, nous compterons la malpropreté, un embonpoint excessif, l'emploi de pommades rances, les *pediculi pubis* chez les adultes, les oxyures

vermiculaires chez les petites filles, la masturbation et enfin la contusion des organes génitaux par le coït ou par des attouchements de tout autre genre. Cette dernière cause, que l'on peut surtout rencontrer à Saint-Lazare, se constate principalement chez des jeunes filles nouvellement prostituées et dont les organes génitaux ne sont pas encore doués de cette insensibilité qu'ils ne tarderont pas à acquérir.

Alors l'inflammation est rarement franche : c'est plutôt une surexcitation momentanée qui tendrait à laisser après elle une sécrétion anormale dont le repos et les émollients ne triompheraient pas toujours. Dans ces cas encore, le sous-nitrate de bismuth n'a pas été sans utilité et nous a procuré des guérisons rapides.

Obs. VI. *Écoulement vulvaire produit par l'état de grossesse.* — Victoire F..., vingt-sept ans, détenue à Saint-Lazare, sans profession ; constitution très-forte, tempérament sanguin, peau brune, chargée d'embonpoint, enceinte de sept mois et demi. C'est sa quatrième grossesse. A chacune des grossesses précédentes, elle a éprouvé ce dont elle se plaint aujourd'hui.

État actuel. A la visite, nous constatons que toutes les parties génitales externes sont baignées par un liquide abondant, poisseux, d'une odeur forte, sécrété par les follicules vulvaires. Rien d'anormal du côté du vagin ou de l'utérus.

La peau des plis génito-cruraux est rouge, prurit assez intense. Aucune trace d'affection vénérienne ancienne ou récente.

Cette femme est d'une extrême propreté, et nous ne pouvons assigner pour cause à ce suintement que l'état de grossesse dans lequel elle se trouve.

Après avoir complétement desséché les parties à l'aide de charpie, nous les recouvrons d'une couche épaisse de sous-nitrate de bismuth en poudre, en ayant grand soin de le faire pénétrer dans tous les replis et les anfractuosités ; puis nous engageons F... à se garnir comme si elle avait ses règles, afin de faire adhérer le médicament.

Dès la première application, elle se sentit moins mouillée ; le prurit avait aussi diminué. — Pansement soir et matin.

Au troisième jour, la vulve était revenue à son état normal. Cependant nous continuons à faire un pansement le soir pendant une quinzaine de jours, afin d'assurer la guérison.

A chacune des trois grossesses précédentes, la malade avait employé des lotions avec l'eau végéto-minérale, la décoction de roses de Provins, celle de feuilles de noyer. Sous leur influence, l'écoulement diminuait, mais ne cessait jamais complétement ; la délivrance seule apportait une guérison définitive.

Jusqu'au terme de la grossesse, cette femme a joui d'une santé parfaite, et elle est accouchée, à Saint-Lazare, d'un enfant très-bien portant.

Obs. VII. *Leucorrhée vulvaire reconnaissant pour cause la grossesse.* — Jeanne B..., vingt-quatre ans, jardinière, détenue à Saint-Lazare ; enceinte de six mois ; constitution robuste, tempérament bilieux ; peau brune, embonpoint assez considérable. Deuxième grossesse.

Jamais elle n'a rien éprouvé du côté des organes génitaux. Après son arrestation, ayant été forcée de séjourner plusieurs jours au dépôt sans pouvoir

changer de linge, elle éprouva bientôt de vives démangeaisons ; en même temps elle se sentit mouillée.

État actuel. La vulve est plus boursouflée qu'à l'état normal ; teinte violacée ; les grandes et petites lèvres sont agglutinées par un liquide filant mêlé de pus. Tout le pourtour du clitoris est recouvert d'une matière sébacée abondante, caséeuse ; odeur repoussante. Vagin et utérus sains. Aucune trace d'affection vénérienne.

Bain savonneux; au sortir du bain, je procède immédiatement au pansement indiqué dans l'observation précédente, quoiqu'il y ait une légère inflammation.

A peine le bismuth fut-il appliqué, que la femme se plaignit de ressentir une sensation de sécheresse et de tension dans la partie; mais cette sensation ne dura que quelques minutes, et c'est même la seule fois qu'elle ait été indiquée par une femme.

A la visite du lendemain, amélioration sensible. Après avoir enlevé le pansement de la veille, nous faisons une deuxième application ; cette fois, aucun phénomène appréciable n'est signalé par la malade.

Le quatrième jour, il n'y avait plus aucun suintement.

Continuation du traitement pendant cinq jours après la guérison, qui ne se dément pas.

Je possède cinq autres observations de leucorrhée vulvaire survenue à la suite de la grossesse; ces sept malades ont été traitées par le sous-nitrate de bismuth, à l'exclusion de toute autre médication, et jamais le traitement ne s'est prolongé au delà de six jours pour obtenir le tarissement de l'hypersécrétion. Si nous avons continué à appliquer la poudre plus longtemps, c'est afin d'éviter toute récidive; car, tant que la grossesse existe, il y a dans toutes ces parties une suractivité qui se traduit par l'augmentation de sécrétion des glandes et glandules, si nombreuses au pourtour des organes génito-urinaires.

Trois fois j'ai vu, ce même suintement vulvaire uniquement produit par la malpropreté, qui, chez les trois sujets de ces observations, était poussée à un degré tel, que toute description ne pourrait donner une idée de la réalité. L'une était une malheureuse fille publique, âgée de vingt-cinq ans, tellement repoussante de laideur, qu'elle ne trouvait même pas à entrer dans les maisons de tolérance du dernier ordre. Les deux autres étaient deux femmes âgées de plus de cinquante ans, vieilles mendiantes dont la vie se passait dans les dépôts et les prisons.

Il est presque inutile de dire que, dans des cas semblables, tout pansement doit être précédé d'un ou plusieurs bains savonneux et de lotions répétées, afin de détacher toutes les matières qui sont accumulées dans les replis de la vulve. On peut alors reconnaître les modifications qu'éprouve la muqueuse, modifications qui, dans les

leucorrhées vaginales simples, portent spécialement sur la coloration et le degré de consistance de la muqueuse. Il semble, en effet, qu'elle est plus molle, elle s'enlève facilement par écailles; en même temps, elle est grisâtre, violacée, soit généralement, soit seulement par plaques; ou bien, quelquefois, c'est un piqueté bleuâtre imitant la couleur que prend la peau après une barbe nouvellement faite; enfin, ce que l'on constate, c'est l'hypertrophie des follicules, qui sont dilatés, béants, laissant sourdre à la moindre pression une matière sébacée abondante.

Il n'existe pas ou peu de douleurs; la vulve, lorsqu'il n'y a aucune complication, est à peine tuméfiée; mais il y a le plus souvent un prurit intense, le haut des cuisses est rouge, excorié; les femmes se grattent continuellement, et, à des causes déjà si puissantes de démangeaison, il n'est pas rare de voir s'ajouter les *pediculi pubis*, qui à eux seuls ont été signalés comme causes d'inflammation.

Tous les désordres siégeant dans la muqueuse, on doit donc chercher avant tout à la ramener à son état normal, et c'est sur elle que doit porter la médication principale. On remplit cette condition en se servant de sous-azotate de bismuth, dont l'action curative sur les muqueuses altérées me semble mise hors de doute.

Je ne crois pas devoir passer sous silence le suintement vulvaire, produit par la masturbation; celui-ci, contrairement à la leucorrhée produite par une cause différente, n'occupe pas la vulve tout entière, et est presque toujours limité à la muqueuse clitoridienne, sans s'étendre aux parties voisines. La masturbation est un vice très-fréquent chez les filles publiques, aussi il nous a été possible de remarquer les modifications qu'apporte cette mauvaise habitude dans les parties soumises à des attouchements répétés. Le clitoris est très-développé; la muqueuse qui le recouvre est épaisse, insensible, d'une teinte bleuâtre, quelquefois très-pâle; le tissu cellulaire sous-jacent est boursouflé. Au début, il y a un suintement assez considérable, accompagné d'un certain degré d'inflammation qui s'éteint d'elle-même, et ne laisse après elle que l'hypersécrétion chronique des follicules. J'ai vu cette hypersécrétion ne pas exister, et être remplacée par une sécheresse complète.

Lorsque nous avons employé le sous-nitrate de bismuth, il a tari l'écoulement; toutefois, un remède héroïque, auquel, en pareil cas, nous n'hésiterions pas à donner la préférence, c'est la cautérisation des parties malades avec le crayon de nitrate d'argent; il a le grand avantage de produire une vive douleur, et par là d'exciter en même

temps une crainte salutaire et d'amener la guérison. Je l'ai vu employer à Saint-Lazare très-souvent, et toujours avec succès.

Onze fois nous avons vu la vulvite avec hypersécrétion succéder à des excès de coït; elle existait sans complication d'aucun symptôme vénérien, et la cause était bien celle que nous lui assignons. L'affection était simple, et n'allait pas au delà des parties externes; il n'y avait rien du côté du vagin, rien du côté de l'urètre, ce qui est un très-bon signe et une preuve presque certaine que la maladie ne provient pas de source infectieuse, car jamais alors l'hypersécrétion ne se limite à la muqueuse vulvaire; mais, gagnant de proche en proche, elle envahit bien vite le canal de l'urètre et le vagin.

Chez ces onze femmes, les altérations étaient identiques : tuméfaction, chaleur, rougeur; il n'existait aucune douleur au repos, la marche était pénible, la sensibilité était exagérée, mais jamais au point d'empêcher l'examen complet. Enfin, comme symptôme prédominant, écoulement mucoso-purulent abondant, tachant le linge en jaune. Trois fois seulement nous avons trouvé de légères érosions, mais elles n'avaient aucun caractère syphilitique, et n'ont pas été suivies d'accidents.

Le traitement était des plus simples : aussitôt après la visite, grand bain d'une heure, après lequel on appliquait le pansement avec le sous-azotate de bismuth. Repos au lit jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires fussent en voie de résolution.

Trois à six jours de ce traitement suffisaient pour la disparition des symptômes, et si les femmes étaient gardées plus longtemps dans les salles, c'était uniquement dans un but d'observation.

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des accidents produits par l'introduction des instruments chirurgicaux dans les voies urinaires et de leur traitement.

Par M. le docteur Ch. Phillips.

L'introduction des instruments chirurgicaux dans les voies urinaires, quelles que soient la prudence et l'habileté de l'opérateur, est assez souvent la cause d'accidents, les uns légers, les autres très-graves.

Il n'y a pas d'état particulier du malade qui puisse toujours les faire prévoir; des diathèses, ou d'anciennes affections chroniques, les favorisent, et aggravent tellement et si subitement la situation, que la médication la plus active reste impuissante. On a vu des malades mourir quelques heures après l'opération qui avait fait naître ces grands désordres.

Ces accidents sont locaux ou généraux.

Les premiers, tels que l'hémorrhagie, la difficulté d'uriner, l'écoulement de mucosités, l'orchite, etc., ne prendront pas place ici.

Les seconds, tels que les accès de fièvre simulant la fièvre intermittente, et pouvant en présenter les principaux types et les variétés les plus importantes, les dépôts de pus dans les membres et dans les articulations, sont les seuls dont nous voulons nous occuper dans cet article.

Rares chez la femme, ils sont fréquents chez l'homme. Cette différence en faveur de la femme a été attribuée au peu de longueur et à la direction presque droite de son urètre, qui rendent plus facile le passage des instruments. Cependant, si on réfléchit qu'ils surviennent chez l'homme après un cathétérisme de courte durée et pratiqué facilement, tandis qu'ils ne se développent pas toujours après des manœuvres brutales et prolongées, on devra reconnaître que la disposition anatomique seule ne peut pas expliquer cette dissemblance.

Ils surgissent indifféremment après l'introduction d'un petit ou d'un gros instrument, après la dilatation ou la cautérisation; après les scarifications, ou après les grandes incisions.

On en trouverait plutôt la cause dans le siége de la maladie. Ces accès fébriles sont plus souvent la conséquence d'efforts pour vaincre les obstacles situés au col de la vessie, ou des manœuvres pratiquées dans les rétrécissements placés au-dessus du bulbe, que des tentatives faites pour traverser les strictures obstruant la portion pénienne de l'urètre.

Les sujets nerveux et pusillanimes n'y sont pas, ainsi qu'on l'a prétendu, plus disposés que ceux dont la constitution est robuste et le moral énergique. On opère des malades très-impressionnables et très-craintifs, sans qu'il en résulte rien de fâcheux, tandis qu'on voit fréquemment le contraire.

Lorsqu'après un cathétérisme, quelle que soit la cause qui l'ait rendu nécessaire, la fièvre apparaît, elle peut, en débutant avec frissons et avec l'apparence d'une fièvre d'accès, n'être cependant qu'une fièvre symptomatique, qui se rattache à l'un des accidents

locaux énumérés plus haut. A ce titre, nous ne devons pas nous en occuper ici plus que nous ne l'avons fait des accidents qui y ont donné lieu.

Nous ferons seulement remarquer que si la marche en est parfois irrégulière et présente des paroxysmes marqués, le frisson du début ne se renouvelle jamais avec l'intensité première, ni avec les caractères de la périodicité, mais qu'elle prend et conserve les allures d'une fièvre continue.

Les accidents généraux se rattachent à trois catégories de faits différents.

Dans la première, ils se manifestent sous la forme d'accidents fébriles simples, c'est-à-dire sans complications.

Dans la deuxième, se rangent les accidents fébriles, qui se compliquent de quelque affection ancienne ou récente, et surtout d'une maladie ayant pour siége les voies urinaires, et plus particulièrement les reins.

Ils débutent, comme les précédents, sous l'apparence de fièvre intermittente; mais ils ne tardent pas, en général, à devenir continus rémittents: souvent même ils revêtent d'emblée ce dernier type.

Plus souvent aussi que les accidents de la première catégorie, ils sont graves et pernicieux.

Ils peuvent céder momentanément au quinquina; mais ensuite ils y sont réfractaires, si la complication persiste.

Dans la troisième, on voit les cas dans lesquels les accès de fièvre sont plus ou moins rapidement suivis du développement d'inflammations phlegmoneuses, ou d'arthrites suppurées.

L'infection purulente et la mort sont presque toujours les fatales conséquences de ces dernières.

Les accidents fébriles de la première catégorie ressemblent tellement à ceux des fièvres intermittentes, qu'il est inutile de les décrire. Ce qui les en distingue, c'est que leur développement n'a pas lieu à certaines heures déterminées de la journée : leur apparition dépend toujours du moment où l'on a fait le cathétérisme.

C'est ordinairement trois ou quatre heures après que surgissent les premiers symptômes; en général, ils se reproduisent après vingt-quatre heures, mais ce retour est moins exact et moins périodique que celui de la fièvre intermittente.

Quoiqu'après les accès le sujet soit quelquefois très-fatigué, il ne prend pas, dans les deux premières catégories du moins, l'aspect particulier que donne l'infection purulente, ni l'apparence cachectique propre aux fièvres paludéennes en général. Le pouls reste

plus fréquent qu'après l'accès de ces dernières ; souvent aussi ils laissent après eux sur la langue un enduit blanchâtre et épais, qu'un purgatif fait ordinairement disparaître, et qui prévient le retour de la fièvre.

C'est le contraire qui a lieu dans les fièvros intermittentes qui ne sont pas d'origine gastrique.

Mais qu'ils soient faibles ou graves, simples ou compliqués d'une maladie antérieure des voies urinaires ; qu'ils accompagnent le développement des abcès diffus ou des arthrites suppurées, les accidents fébriles peuvent revêtir le type quotidien ou double tierce. Je n'ai pas souvenance d'avoir jamais vu le type tierce, ce qui constituerait une différence de plus avec la fièvre intermittente proprement dite.

Il y a des cas où il survient deux accès par jour ; d'autres fois, ces types divers se transforment et prennent une marche continue rémittente ; quelquefois même ils la prennent d'emblée.

Le type continu rémittent est plus fréquent et plus prompt lorsqu'il y a déjà une maladie des voies urinaires, ou lorsqu'il se forme des abcès. Il en est de même de l'état pernicieux, quoiqu'on l'ait vu naître d'emblée chez des sujets exempts des complications indiquées ci-dessus, mais qui y ont été préparés par un âge avancé, une constitution débile ou toute autre cause d'affaiblissemont.

Les accidents fébriles peuvent revêtir des formes pernicieuses diverses. C'est ainsi que, dans un fait qui va être cité, ils ont pris les apparences d'une de ces névralgies graves qui simulent la péritonite ; mais les plus ordinaires sont la forme comateuse et la cholériforme.

Lorsque le sujet est bien portant, qu'il n'existe pas de complications, il peut n'y avoir qu'un seul accès ; d'autres fois, les accès sont plus nombreux, mais vont en s'affaiblissant, et ils finissent par disparaître ; plus rarement, enfin, les accès successifs conservent la même intensité, peut-être s'éteindraient-ils sans traitement ; mais il est prudent de ne pas attendre cette terminaison spontanée.

Dans certains cas rares, ils s'aggravent jusqu'à prendre le caractère pernicieux.

Accès fébriles simples. — Tantôt ces accès disparaissent promptement d'eux-mêmes, et tantôt ils durent plus longtemps, mais sans perdre leur bénignité ; d'autres fois aussi ils s'aggravent, et prennent un caractère pernicieux ; dans d'autres circonstances plus rares, l'état pernicieux se manifeste dès le début ; mais sous toutes

ces formes, et quel qu'en soit le type, ils cèdent à l'action du quinquina.

Accès fébriles compliqués d'une affection des voies urinaires et spécialement des reins. — Lorsqu'on pratique le cathétérisme chez des malades atteints d'une maladie des voies urinaires, et spécialement des reins, on provoque très-facilement des accès de fièvre. Si la complication est assez légère pour avoir pu être momentanément méconnue, les accès de fièvre peuvent ressembler aux accès simples par leur intensité, par leur durée et par l'état d'apyrexie à peu près complet qui les sépare. Comme eux, ils peuvent céder à l'action du quinquina. Il y a néanmoins des cas en apparence favorables, où les accès s'aggravent en même temps que se développent les symptômes propres à la complication. Alors la fièvre continue et la fièvre intermittente s'unissent; les symptômes de la première se dessinent de plus en plus, tandis que les phénomènes qui caractérisent les stades de frissons et de sueurs vont en s'amoindrissant. En un mot, d'intermittente qu'elle était, la fièvre devient continue rémittente, puis continue avec de simples paroxysmes : dans certains cas, enfin, les accès revêtent d'emblée une des formes pernicieuses.

Le passage du type intermittent au type continu rémittent et la forme pernicieuse d'emblée s'observent le plus ordinairement lorsque l'affection des voies urinaires était primitivement grave, ou lorsqu'elle l'est devenue. Le développement et l'aggravation de ces accidents sont plus prompts encore, si le sujet a déjà eu des accès de fièvre par la seule influence de la maladie des voies urinaires.

Les accès qui se compliquent de néphrite ont quelques symptômes particuliers sur lesquels il est utile d'attirer l'attention des praticiens, et dont il sera fait mention dans la description du diagnostic.

Afin de compléter ce qui a été dit sur les accès graves et pernicieux qui suivent le cathétérisme, il est opportun d'exposer ici trois observations, dont les deux premières ont eu les formes les plus habituelles, c'est-à-dire la forme comateuse et la forme cholérique; la troisième, enfin, s'est montrée sous une forme pernicieuse, qui n'a pas, que je sache, été signalée dans de telles circonstances. Je veux parler de la forme névralgique grave, qui pourrait être prise pour une péritonite, ou pour toute autre affection abdominale aussi redoutable.

Forme comateuse. — L'exemple que je choisis est intéressant, en ce que non-seulement la malade est morte avec tous les sym-

ptômes de la forme comateuse, mais encore en ce que plusieurs mois auparavant elle a eu des accidents fébriles intermittents, dont les premiers accès ont simulé le ramollissement apoplectiforme du cerveau, et ont reparu sous le type octane.

Obs. I. *Ancienne affection des reins. — Catarrhe de la vessie. — Calcul méconnu. — Opération de lithotritie. — Accès de fièvre à forme comateuse. — Mort.* — Mme C...., âgée de soixante-dix ans, avait depuis plus d'une année les signes rationnels de la pierre, tels que : le ténesme vésical en urinant, des hémorrhagies, les urines déposant des mucosités filantes et adhérentes aux vases. Elle se plaignait aussi de douleurs dans la région des reins, que, par une fausse honte, elle avait cachées pendant six mois.

Sur les instances de M. le docteur Marotte, médecin de l'hôpital de la Pitié, qui croyait à l'existence d'un calcul urinaire, elle consentit à laisser examiner sa vessie. Un chirurgien fit un cathétérisme explorateur qui fut négatif, et qui n'amena immédiatement aucun accident fébrile.

Malgré les soins les plus assidus, les accidents locaux et généraux s'aggravèrent, et après quelques semaines, un jeudi, vers onze heures du matin, apparurent tout à coup des symptômes semblables à ceux qui accompagnent le ramollissement du cerveau : stupeur, torpeur intellectuelle, chute de la paupière droite, déviation de la face et de la bouche à gauche, coma et somnolence; la langue est déviée, mais rouge et sèche, la peau est chaude, le pouls fréquent et développé, et la malade est très-affaiblie.

Quatre sangsues placées à la base du crâne diminuèrent la gravité des symptômes, et les sueurs parurent au matin.

Le jour suivant, les mêmes accidents furent amoindris et les sueurs vinrent encore au matin ; le troisième jour, les mêmes phénomènes continuèrent en s'affaiblissant ; enfin, le quatrième jour, retour à l'état normal.

Le jeudi suivant des accidents semblables se développèrent aux mêmes heures, et ils furent d'une durée égale à ceux de la semaine précédente, c'est-à-dire qu'ils durèrent trois jours.

M. le docteur Marotte fit un examen rétrospectif plus attentif, et il constata que chaque accès avait été précédé de frissons et s'était terminé par des sueurs ; la peau avait constamment été chaude, le pouls fréquent et développé, et la langue sèche, ce qui n'a pas lieu dans les lésions cérébrales idiopathiques.

Le sulfate de quinine fut donné le mardi et le mercredi suivants ; le jeudi l'accès fut faible, avec somnolence, mais sans symptômes apoplectiformes. Continuation du sulfate de quinine, et les accès des deux jours suivants furent très-affaiblis.

Le même médicament fut donné de nouveau le mardi et le mercredi suivants; le jeudi l'accès fut presque nul, et, les mêmes moyens étant continués, rien ne reparut.

M. le docteur Marotte, qui croyait toujours à la présence d'une pierre dans la vessie, demanda une nouvelle exploration ; un chirurgien spécialiste, à qui on avait confié ce soin, dit que la vessie ne contenait pas de corps étranger, et il conseilla l'emploi des injections caustiques, qui furent faites avec une solution de nitrate d'argent à doses élevées. Elles furent très-douloureuses, les mucosités augmentèrent, la malade maigrit beaucoup et ne quitta plus le lit.

On décida de débarrasser la vessie de ses abondantes mucosités par des injec-

tions d'eau tiède, et je fus mandé par M. le docteur Godier pour faire ces injections.

L'examen des urines me fit croire à la présence d'un calcul, et je demandai à faire une exploration de la vessie avant que de rien entreprendre.

Le bassin de la malade fut fortement relevé par trois oreillers roulés dans une serviette, une sonde à bout très-recourbé fut introduite dans la vessie, et l'indicateur de ma main gauche fut placé dans le vagin, afin de soulever la paroi inférieure de la vessie; je renversai l'extrémité de la sonde vers mon doigt, placé dans le vagin, et, en la ramenant vers le col vésical, je sentis une pierre que je fis aussi reconnaître par M. le docteur Godier.

L'épuisement de Mme C.... s'opposait à ce qu'on la débarrassât de sa pierre par la taille; et l'état de la vessie, qui tolérait à peine deux onces d'eau, ne permettait pas immédiatement l'emploi de la lithotritie.

J'exposai mes appréhensions à son fils, l'un de nos plus célèbres accoucheurs, et il fut décidé qu'on ferait régulièrement, et plusieurs fois par jour, des injections d'eau tiède dans la vessie, et que le régime alimentaire serait tonique au lieu de débilitant qu'il avait été jusqu'à ce jour.

Pendant cinq semaines je fis ces injections et, en peu de temps, les mucosités diminuèrent, pour disparaître entièrement; la vessie put recevoir dix onces d'eau, la malade se leva et vint prendre ses repas en famille.

Enfin la lithotritie put être pratiquée.

Un lithoclaste no 1 à cuiller saisit tout de suite un calcul qui mesurait deux centimètres de diamètre et qui fut immédiatement écrasé. Deux fragments furent également broyés dans cette séance, et l'instrument ramena dans la cuiller une certaine quantité de débris qui firent connaître la nature de la pierre : elle était formée de phosphate ammoniaco-magnésien.

Des fragments furent rendus en urinant, et l'état général fut très-satisfaisant.

Le quatrième jour après l'opération, Mme C.... se plaignit d'une vive douleur dans la région des reins, et la fièvre revint. Les accès, d'abord intermittents, puis continus rémittents, furent amoindris par le sulfate de quinine; mais leur retour fut irrégulier : il changea d'heure et ne fut jamais suspendu.

C'est alors que parurent tous les symptômes de la fièvre à forme comateuse, généralement connus et inutiles à décrire ici.

Je dus m'abstenir de toute manœuvre chirurgicale. Bientôt on sentit dans l'abdomen une tumeur volumineuse, douloureuse à la pression, et formée par le rein gauche. A partir de ce moment l'état comateux ne cessa plus, et enfin la malade mourut.

Obs. II. *Maladie ancienne des reins.—Catarrhe de la vessie.—Calcul méconnu. — Accès fébrile cholériforme. — Mort.* — M. H...., âgé de soixante-douze ans, employé au Conservatoire de musique, d'une constitution affaiblie par des excès alcooliques, souffrait depuis plusieurs années d'une difficulté d'uriner et de douleurs dans les reins. Différentes fois il rendit des calculs d'acide urique; en 1856, ses urines, déposant beaucoup de mucosités filantes, l'inquiétèrent, et il demanda des conseils à un chirurgien. Après une exploration de la vessie, ce dernier lui donna l'assurance qu'elle ne contenait pas de pierre, mais qu'il était atteint d'un *rétrécissement de la prostate*. En conséquence, il fit le cathétérisme avec une grosse sonde en étain et le congédia en lui disant qu'il était guéri. Cependant le catarrhe persista, les difficultés à uriner ne diminuèrent pas, et la vessie se vidait incomplétement.

M. le docteur Cabarrus m'adressa ce malade, afin d'explorer sa vessie. La sonde à petite courbure parcourut avec difficulté la portion prostatique; arrivée enfin dans la vessie, elle rencontra un calcul placé derrière et contre le col vésical.

Avant de rien tenter pour enlever la pierre, je crus utile d'améliorer l'état de la vessie et je fis tous les jours trois cathétérismes évacuatifs, suivis d'une injection d'eau tiède. Après six semaines de ce traitement, les urines devinrent claires, sans mucosités, et il fut possible de pratiquer la lithotritie. Trois séances suffirent pour broyer et enlever la totalité de cette pierre, qui avait le volume d'une grosse châtaigne.

Pendant le mois qui suivit l'opération la santé devint bonne, et tout faisait espérer une guérison entière, lorsque les douleurs des reins devinrent de nouveau et subitement très-vives. Le lendemain de cette réapparition, le malade fut pris d'un violent frisson; à quatre heures du soir, il y eut des vomissements et une diarrhée abondante, qu'il ne fut pas possible d'arrêter; la période de chaleur ne revint pas, malgré les frictions et les révulsifs les plus actifs, et le malade mourut à cinq heures du matin.

Obs. III. *Néphrite chronique. — Calcul vésical. — Lithotritie. — Accès de fièvre à forme névralgique. — Mort.* — M. B...., célèbre graveur en monnaie, me fut amené, en 1849, par M. le docteur Lecointe. Il souffrait depuis longtemps dans la région des reins, et les urines déposaient souvent du sable rouge.

M. le docteur Lecointe traita cette affection avec succès, lorsque des besoins fréquents d'uriner donnèrent de l'inquiétude au malade. Une exploration de la vessie, faite avec la sonde à petite courbure, me fit reconnaître une hypertrophie commençante de la portion sus-montanale de la prostate, et constater en même temps l'absence d'un corps étranger dans la vessie.

Le traitement proposé fut accepté par M. le docteur Lecointe, et l'amélioration de la santé de M. B.... fut telle qu'il ne dut plus avoir recours à la chirurgie.

Quatre ans après, ayant fait une longue course en voiture et ayant longtemps résisté au besoin d'uriner, il fut atteint d'une rétention complète, pour laquelle M. Demarquay fit un cathétérisme qui ne révéla rien d'anormal dans la vessie de M. B....

Dans le mois de février 1854, après une longue marche et mouillé par une forte pluie, le malade sentit des douleurs dans l'appareil urinaire, les urines devinrent épaisses et gluantes et déposèrent des mucosités filantes. M. le docteur Lecointe, ayant reconnu un catarrhe vésical, me fit appeler pour faire une nouvelle exploration.

La sonde à petite courbure toucha une pierre placée derrière la base du trigone.

Il fut décidé qu'on aurait recours à la lithotritie. Un traitement préparatoire fut commencé, afin d'habituer les organes au contact des instruments, et, pendant les dix jours qui suivirent, l'état du malade fut si satisfaisant qu'on put fixer le moment de l'opération.

Dans la soirée, après le dernier cathétérisme, M. B.... sentit une vive douleur dans la région des reins; il survint un violent frisson et un pissement de sang très-abondant qui dura plusieurs jours. Le lendemain matin, la langue était noirâtre, la peau très-chaude, le pouls fréquent et plein.

Cette situation nouvelle me fit ajourner l'opération et, d'accord avec M. le docteur Lecointe, nous fîmes un appel à la grande expérience de M. Civiale. L'avis de ce célèbre praticien fut qu'il fallait attendre et soumettre le malade à une médication appropriée, dont les détails ont été publiés par M. Lecointe, dans ce

journal. M. Civiale voulut bien continuer à nous aider de ses lumières, et il vit le malade régulièrement avec nous. Après six semaines de soins, les douleurs rénales ayant disparu, et la santé étant devenue bonne, M. Civiale opéra M. B...., qui supporta péniblement les manœuvres du broiement de la pierre; plusieurs séances furent suivies d'accès fébriles incomplets et irréguliers.

A cette époque du traitement je dus cesser de voir le malade et j'ai su, par la publication que fit M. Lecointe dans ce recueil, que les voies digestives de M. B.... étaient devenues mauvaises, et que la lithotritie avait dû être interrompue. Enfin, des soins habilement dirigés ramenèrent les apparences de la santé, et M. Civiale put continuer son opération.

Tout à coup, peu d'heures après une séance de broiement, M. B.... fut pris d'un violent accès de fièvre, qui présenta tout de suite des caractères insolites et qui firent, un moment, croire à une complication abdominale grave. Après un frisson violent, accompagné de vomissements bilieux, le ventre devint le siége de douleurs aiguës, exacerbantes, qui arrachaient des cris au malade et que la moindre pression exaspérait. M. B.... redoutait le plus léger contact.

En l'absence de M. Civiale, M. le docteur Lecointe, médecin habituel du malade, crut devoir réclamer les conseils de M. le docteur Marotte.

Un accès était à sa fin lorsque ces deux médecins virent ensemble le malade : une sueur chaude couvrait tout le corps; le pouls, quoique sans grande consistance, était ondulant, et les douleurs avaient un peu perdu de leur intensité. Y avait-il une péritonite?

Un examen plus attentif fit bientôt écarter cette idée; non-seulement la nature et la succession des symptômes généraux n'étaient pas celles qui accompagnent la péritonite, mais il n'y avait eu des vomissements qu'au début, le ventre n'était pas ballonné, les douleurs étaient plus vives d'un côté que de l'autre, surtout dans les points d'émergence des nerfs, et on les réveillait en pinçant la peau.

On était donc en présence d'accès fébriles à forme névralgique. Prenant en considération la force du pouls, la chaleur de la peau et l'absence de vomissements et de ballonnement du ventre, on fit un traitement dont le sulfate de quinine fut la base; mais ce fut en vain, les douleurs ne diminuèrent pas, la peau se refroidit, le pouls s'amoindrit, les forces s'épuisèrent et le malade mourut.

De la production du pus dans les articulations. — M. Velpeau a signalé le premier, dans le *Dictionnaire de médecine*, et il a décrit plus tard avec des développements pratiques (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III, p. 324) un des accidents les plus dangereux qui puissent survenir après le cathétérisme : c'est la production du pus dans les articulations.

Après les accès de fièvre que nous venons d'exposer, si on n'a pas pu en arrêter le retour, on ne tarde pas à voir survenir des phénomènes nerveux inflammatoires, bientôt suivis par des abcès diffus et des arthrites purulentes.

Chez certains malades, il se forme subitement un épanchement considérable dans une, deux, ou dans un plus grand nombre de jointures. Elles acquièrent rapidement un très-grand volume; elles

deviennent chaudes, rouges et très-douloureuses. Le danger est alors très-grand, car l'épanchement purulent est réalisé.

M. Civiale dit aussi avoir vu plusieurs fois (*Traité pratique*, t. Ier, p. 512) qu'après l'introduction d'instruments dans l'urètre, des douleurs ont subitement envahi les membres et les grandes articulations. D'abord prises pour des attaques de rhumatisme, ou pour un érysipèle phlegmoneux, leur véritable caractère n'a pas tardé à devenir évident. Dans ces cas, le développement des symptômes est rapide et uniforme; l'inflammation, très-étendue au début, est bientôt limitée, et on reconnaît la formation d'un abcès. Le pus ne ressemble pas à celui des abcès ordinaires : il est très-liquide, très-fétide, et *semblable à celui des abcès urineux.* Cette observation importante est confirmée par des faits recueillis par M. Perdrigeon (*Thèse,* p. 22) dans le service de M. Velpeau et de M. Ricord.

Diagnostic. — Au point de vue des opérations qu'on est appelé à pratiquer dans les voies urinaires, il n'est pas nécessaire de faire ici le diagnostic différentiel des accès périodiques provoqués par l'introduction des instruments dans les organes urinaires, et des autres fièvres intermittentes. Il suffira de renvoyer aux quelques particularités signalées au commencement de ce travail.

La question vraiment importante est de reconnaître si l'accès de fièvre, survenu après le cathétérisme, a provoqué ou a réveillé une néphrite, de toutes les complications, la plus redoutable dans ces cas.

Reconnue, cette maladie doit être bien étudiée, afin de savoir si on peut heureusement la modifier, ou si elle est tellement avancée que tout traitement est inutile.

Si les chances sont encore favorables, il faut combattre la maladie, préalablement à toute opération ; dans le cas contraire, il faut savoir s'abstenir et se résigner à être spectacteur impuissant de désordres qu'il est impossible de conjurer, et dont on hâterait la fin en agissant.

On doit s'attendre à une terminaison funeste, si, après un ou deux accès de fièvre, et la douleur des reins persistant, la peau est chaude, âcre et sans moiteur, si le pouls reste fréquent et plein, et surtout si la langue, toujours sèche, quelquefois froide, se couvre d'un enduit noirâtre. Ce dernier signe est constant, lorsque la néphrite doit amener la mort.

Le chirurgien devra donc s'abstenir de toute opération, lorsqu'aux divers accès décrits plus haut se joindront les symptômes locaux, propres à la désorganisation des reins.

Lorsque la fièvre est suivie d'inflammation phlegmoneuse ou

d'arthrite suppurative, on peut au début avoir des doutes sur la nature de l'affection, et la confondre momentanément avec un accès de rhumatisme, de goutte, ou d'arthrite blennorrhagique.

Il m'est impossible, dans un article limité, de rappeler les caractères propres aux diverses affections que je viens d'énumérer. Je me contenterai donc de rappeler que la fièvre symptomatique de la suppuration diffuse, ou articulaire, débute constamment par un frisson et souvent par un frisson intense; que pendant la période de chaleur, la peau présente rapidement une sensation d'âcreté et de sécheresse; que la langue se sèche facilement; que le teint présente une teinte jaunâtre et terreuse, avec rougeur des pommettes; que la figure a le cachet d'une altération profonde; que, lors même que les frissons reviennent pour commencer un nouveau paroxysme, ceux-ci ne sont jamais séparés par une apyrexie complète, et qu'enfin les frissons finissent par disparaître.

Les lésions locales présentent aussi des caractères propres à révéler leur nature.

La marche rapide des accidents, la production du pus, presque en même temps que le gonflement et la douleur, ce qui n'a pas lieu dans les cas de phlegmons diffus, ou d'abcès articulaires dus à une autre cause qu'à un cathétérisme; enfin, la nature du pus, semblable à celui des abcès urineux, feraient cesser le doute, s'il en restait encore.

Nature de la maladie. — C'est à une phlébite, résultant de l'introduction d'un instrument dans l'urètre, qu'on a d'abord attribué ces désordres. C'est qu'en effet on a souvent trouvé les veines qui enveloppent la prostate oblitérées par des caillots, ou contenant du pus. M. Civiale n'accepte pas cette explication comme suffisante, et M. Velpeau se demande si l'urine n'est pas l'agent qui produit ces graves accidents. Cet éminent chirurgien dit : « L'urine est un des « liquides les plus dangereux, les plus perfides de l'économie, et « qui produit les ravages les plus affreux, quand il est sorti de ses « canaux naturels, quand il est épanché dans les cavités séreuses « ou infiltré dans le tissu cellulaire. Serait-il donc étonnant que « quelques-uns de ses principes, forcés, on ne sait comment, de « rentrer dans le torrent de la circulation, par suite de l'opération « du cathétérisme pratiquée dans certaines circonstances peu ou « mal connues, devinssent la cause de tous ces phénomènes [1]. »

Comment l'introduction d'une certaine quantité d'urine dans le sang a-t-elle pu se faire? Est-ce par l'absorption de l'urine toute

---

[1] *Leçons orales de clinique chirurgicale.*

formée, ou est-ce à la suite d'un trouble dans la sécrétion de ce liquide, trouble qui rend incomplète l'élimination des principes qui la composent?

Cette dernière opinion, émise sous la forme d'une hypothèse par M. Velpeau, semble être probable aujourd'hui, non-seulement par des faits cliniques, mais encore par des expériences récentes de M. Cl. Bernard. Ce savant physiologiste, recherchant dans la veine rénale des substances qu'il introduisait dans l'estomac, remarqua la coloration rouge du sang de la veine rénale. Les animaux qu'il observait donnaient abondamment le produit de la sécrétion des reins. Il vit, plus tard, qu'en irritant le rein, le sang devenait noir dans la veine rénale, qu'il était noir aussi quand la sécrétion des reins *ne se faisait pas*. Il semble donc que la sécrétion du rein étant troublée par une cause que nous ne pouvons encore définir, le sang qui sort de cet organe est altéré, et que c'est probablement à cette altération qu'il faut attribuer les désordres que nous venons d'étudier.

On voit aussi que certains abcès, qui se forment après les violents accès fébriles, contiennent une grande quantité de sérosité jaunâtre infiltrée dans le tissu cellulaire et qui exhale une odeur urineuse si pénétrante qu'on a cru à la réalisation d'une infiltration d'urine. Dans les cas étudiés à la Charité, il n'y avait cependant pas d'infiltration; d'abord, le grand éloignement des parties où s'étaient formés ces abcès excluait toute idée d'infiltration, et, si elle eût existé, on eût retrouvé la voie que l'urine eût dû se créer pour arriver au dépôt : la dissection la plus attentive n'a rien révélé.

M. Perdrigeon croit que cette intoxication est semblable à celle des marais, où s'opère la décomposition ammoniacale des détritus végétaux et animaux.

L'urine, subissant facilement cette décomposition, ne peut-elle pas, par l'identité de cette cause, faire naître des accidents qui se ressemblent à tel point, qu'il est facile de les confondre, si on ne tient pas compte de l'opération qui y donne lieu?

La phlébite a également une grande influence sur la formation des abcès qui surviennent après un cathétérisme; mais, ou il existait déjà un foyer de suppuration, ou l'instrument, en violentant les organes, a donné lieu à un abcès dont le pus résorbé est entraîné dans la circulation; le malade succombe alors à une résorption purulente. Dans ces cas, on trouve du pus dans le plexus veineux qui enveloppe la prostate et le col de la vessie.

Traitement. — La doctrine et la pratique, acceptées par tout le

monde, il y a peu de temps encore, consistaient à combattre les accidents, seulement lorsqu'ils étaient développés. La généralité des chirurgiens, et parmi eux on en compte qui font autorité, se soumettent encore à ce précepte.

Cependant, quelques-uns ont pensé qu'il était possible de prévenir les accidents, en administrant d'avance la médication qui les guérissait, et l'expérience a prouvé l'efficacité de cette méthode dans la grande majorité des cas. Dans ceux même qui se sont montrés rebelles, les accès de fièvre étaient tellement amoindris, qu'on ne pouvait nier l'utilité du traitement préventif, et ceux qui y ont eu recours n'ont plus eu à déplorer des accidents pernicieux.

A l'appui de cette proposition, je puis invoquer les faits publiquement observés à la clinique de M. Ricord.

Traitement préventif. — On a dernièrement proposé l'usage de l'aconit, et quoique les faits rapportés méritent attention, il est plus prudent d'avoir recours au sulfate de quinine, dont les effets sont assurés.

Ce médicament doit être donné pendant quatre ou cinq jours avant l'opération qu'on se propose de faire, et les doses à administrer sont subordonnées à diverses circonstances.

Si le malade est jeune, s'il n'a eu aucune atteinte intermittente, résultant soit du cathétérisme, soit d'une cause paludéenne, la dose de 40 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures sera suffisante. Si, au contraire, il est vieux ou affaibli, la dose pourra être portée de 70 jusqu'à 80 centigrammes.

Lorsque les accès sont développés, et lorsqu'ils sont dans les conditions de simplicité indiquées, on peut les abandonner à eux-mêmes, ou, s'il y a un état saburral, il suffit de donner un minoratif; l'expectation est encore sans dangers, si les accès successifs vont en s'amoindrissant.

S'ils conservent la même intensité, et, à plus forte raison, s'ils sont graves; s'ils revêtent la forme pernicieuse, que ce soit dès le début, ou progressivement, qu'il y ait ou non maladie des reins, il faut avant tout soustraire le malade à une mort imminente par l'administration abondante du sulfate de quinine; ainsi on donnera de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, comme s'il s'agissait d'une fièvre pernicieuse de cause paludéenne.

M. Perdrigeon dit avoir vu qu'à ces doses élevées le sulfate de quinine a moins d'inconvénients, et qu'il agit plus sûrement pris en lavement qu'en potions ou en pilules. M. Bricheteau a publié aussi, dans les Archives générales de médecine, 1847, un mémoire qui

démontre la puissance de ce médicament employé à doses élevées dans ces circonstances.

Si les accès fébriles deviennent cholériformes, le sulfate de quinine devra être donné par la voie endermique, et l'indication de lui associer les opiacés est précise.

Dans un ouvrage remarquable (*Traité thérapeutique du quinquina*), M. le docteur Briquet a établi deux règles pour servir de guide dans l'administration du sulfate de quinine.

La première consiste à fractionner les doses du médicament, à laisser un intervalle de plusieurs heures entre les prises de la journée et celles du lendemain, et à n'élever que très-graduellement le chiffre de ces doses.

Il faut laisser une heure et quelquefois deux heures entre chaque prise, et dix ou douze heures entre la dernière prise de la veille et la première prise du lendemain.

La seconde, lorsqu'il s'agit des fièvres pernicieuses, par exemple, prescrit d'élever les doses jusqu'à l'apparition des phénomènes qui constatent l'action du médicament sur le système nerveux : la céphalalgie, les vertiges, la titubation et les bourdonnements d'oreilles.

Lorsque la maladie des reins existe, on ne doit pas oublier, dès que le danger est passé, que le sulfate de quinine est seulement un palliatif, et qu'il est urgent d'attaquer la néphrite : il est même sage de suspendre l'emploi du médicament, ou d'en diminuer les doses, parce que, éliminé par les reins, il pourrait en activer la désorganisation.

Les phlegmons diffus, ou les abcès circonscrits étant réalisés, il est indispensable de les ouvrir tout de suite ; et généralement les malades guérissent.

Quand la sécrétion purulente s'est faite dans les articulations, la maladie atteint un tel degré de gravité, que presque toujours les malades succombent. Cependant M. Velpeau a obtenu une guérison en ouvrant de bonne heure les deux articulations tibio-tarsiennes d'un homme qui, après un cathétérisme, avait eu de violents frissons, suivis de la formation d'abcès dans ces jointures.

Le malade guérit avec ankylose des deux articulations.

Cette situation est très-grave; si le malade ne succombe pas en quelques jours à une résorption purulente, il dépérit, ruiné par une suppuration qu'on ne peut pas tarir.

L'amputation n'est même pas dans ces cas une dernière espérance; souvent deux, trois, ou même un plus grand nombre d'articulations sont envahies, et la mort est la conséquence inévitable.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparation de l'huile éthérée de marron d'Inde, topique contre la goutte et le rhumatisme.

Différentes parties du marronnier d'Inde sont entrées depuis longtemps dans la matière médicale : ainsi l'écorce, en vertu de son principe amer, constitue un médicament tonique, et qu'on a classé parmi les nombreux succédanés indigènes du quinquina ; la pulpe torréfiée a été vantée dans les hémorrhagies utérines atoniques ; enfin, l'huile éthérée a été indiquée comme agent topique au début des accès de la goutte et du rhumatisme. Un pharmacien de Paris, M. Genevoix, témoin de cette action de l'huile, a voulu en régulariser la préparation.

On traite la poudre de marron d'Inde au moyen de l'éther sulfurique, qui enlève les molécules d'huile, de gomme résine et de saponine contenues dans la masse féculente ; l'évaporation de l'éther permet de recueillir l'huile pure. 10 kilogrammes de marrons fournissent 10 grammes d'huile.

Cette huile s'emploie en onctions douces sur la partie enflammée, à l'aide d'un pinceau à colorier ; lorsque la sensibilité est grande, ces onctions sont pratiquées circulairement sur les points périphériques, pour arriver peu à peu au centre. Elles sont continuées jusqu'à complète saturation de la peau, ce qui réclame quelquefois trois ou quatre onctions à quelques minutes d'intervalle. La partie huilée est recouverte de papier brouillard, de ouate ou de flanelle, puis de taffetas gommé, posés les uns sur les autres, et le malade garde le repos le plus absolu. Le pansement peut être renouvelé une, deux ou trois fois par jour, suivant l'intensité ou la longueur de l'accès.

M. le docteur Ch. Masson, qui a largement expérimenté les onctions avec l'huile éthérée de marron d'Inde, comme moyen d'enrayer les accidents locaux de la goutte, dit avoir remarqué que les douleurs s'exaspéraient pendantla première demi-heure qui suivait l'application du topique, et que, ce temps écoulé, la sédation apparaissait. Dans les deux seuls cas où nous avons tenté l'emploi de cette huile, nous avons vu la douleur disparaître, sans avoir subi d'aggravation.

Cette huile médicamenteuse nous paraît avoir une valeur thérapeutique réelle.

Formule pour l'association du sous-nitrate de bismuth au copahu et au cubèbe.

D'après la remarque faite par M. Caby, le sous-nitrate de bismuth, associé au baume de copahu et au poivre de cubèbe, jouirait de la propriété de neutraliser les effets irritants que produisent habituellement ces médicaments sur l'appareil digestif, et qui par cela même rendent leur emploi si difficile.

Voici la formule qu'il donne et qu'il dit être employée journellement, à Saint-Lazare, par M. Delamorlière :

Pr. Baume de copahu..................	30 grammes.
Poivre de cubèbe en poudre.......	30 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..........	30 grammes.
Essence de menthe, pour aromatiser.	Q. S.

Mélanger exactement. — Prendre de 8 à 16 grammes par jour dans du pain azyme.

Ainsi préparée, cette mixture est supportée par les estomacs les plus délicats; pas d'excitation, de chaleur épigastrique ni de diarrhée, de telle sorte que l'action de ces médicaments se concentrant entièrement sur les voies génito-urinaires, on obtient plus vite et avec moins de fatigue pour le malade les résultats qu'on désire.

Pour les malades de la ville auxquels on donne plus volontiers le copahu sous forme de capsules, on fait précéder ou suivre chaque prise d'une cuillerée à café de poudre de sous-nitrate de bismuth. On agira de la même façon si l'on administre le poivre de cubèbe seul; si on le préfère, on mélangera la poudre de poivre avec une certaine quantité de poudre de sous-nitrate de bismuth.

Mode d'administration peu dispendieux du proto-iodure de fer.

Les modes d'administration de ce sel haloïde sont nombreux : forme pilulaire, forme sirupeuse et même huile. Les deux premières formes sont entrées dans la pratique, car elles fournissent de bonnes préparations, seulement elles sont dispendieuses, et comme la médication iodo-ferrée doit, dans la majorité des cas, être longtemps continuée, les malades pauvres sont souvent obligés de l'abandonner.

Le moyen d'administration que je propose, dit un pharmacien de l'armée belge, M. Bitot, me paraît réunir tous les avantages que l'on recherche dans toute préparation pharmaceutique ; facilité et promptitude d'exécution, certitude d'avoir sous la main un produit toujours identique et prix de revient peu considérable. Voici en quoi il consiste : on prépare, d'après la méthode ordinaire, une

solution de proto-iodure de fer, de telle sorte qu'une ou deux gouttes représentent 5 centigrammes de sel ferreux. On la conserve dans un flacon bouché à l'éméri, et, afin de la maintenir constamment à l'état de sel ferreux, on y ajoute une certaine quantité de limaille de fer. Lorsqu'on veut se servir de cette solution, on en verse une ou deux gouttes, soit sur un morceau de sucre, soit dans une cuillerée d'un mélange approprié, voire même dans un verre d'eau, de bière ou de tisane.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de croup traité avec succès par le cathétérisme du larynx.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a entretenu ses lecteurs des succès obtenus par un de nos honorables confrères de Montmartre, M. le docteur Loiseau, dans le traitement du croup. Ce praticien a inventé un certain nombre d'instruments qui lui permettent, par un manuel simple et facile, de porter directement dans le larynx et la trachée les substances propres à débarrasser ces organes des corps étrangers où des fausses membranes qui les obstruent. Le manuel opératoire et les instruments de M. Loiseau se trouvent indiqués avec trop de détails dans ce journal (t. LIII, p. 329) pour que nous pensions devoir les rappeler.

Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est que des faits récents viennent de démontrer les heureux effets du cathétérisme du larynx dans des cas de croup où la trachéotomie paraissait la seule et unique ressource. En présence de ces faits, nous croyons remplir un devoir en les faisant connaître à nos confrères, dans un moment où les affections diphthéritiques règnent encore épidémiquement et ne font que de trop nombreuses victimes. L'observation suivante, que nous venons de communiquer à la Société de médecine des hôpitaux, nous paraît une des plus probantes qu'il soit possible de faire.

Obs. *Croup ; cathétérisme du larynx ; guérison.* — C... M..., petite fille de cinq ans, de bonne constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé, porte une division congéniale du voile du palais qui, s'étendant en avant jusqu'à 2 centimètres de l'arcade dentaire, permet de voir toute la profondeur des fosses nasales.

Le 24 juin dernier, sans cause connue, elle est prise de fièvre avec perte d'appétit et nausées ; le lendemain, il s'y joint de la toux et une salivation abondante ; le 27, malgré un vomitif, les accidents augmentent : la voix est voilée, la toux un peu rauque. Dans

la nuit survient de l'angoisse, de l'oppression, la respiration devient pénible et bruyante, symptômes qui se calment vers le matin.

Mandé à Chatou le 28, à deux heures après midi, je trouvai la petite malade assise au jardin et constatai l'état suivant : facies pâle, respiration prompte, oppression, pouls misérable à 120, toux croupale, voix presque aphone. A l'inspection de la gorge, je trouve les fosses nasales, la paroi postérieure du pharynx, les deux parois de la division palatine, les deux amygdales recouvertes de plaques diphthéritiques d'un jaune sale, épaisses et fortement adhérentes; les ouvertures antérieures des narines présentent également des fausses membranes; pas d'engorgement des ganglions cervicaux, pas de douleur à la pression du larynx; déglutition facile et indolore; peau chaude, sèche, prostration très-grande, nausées, soif modérée; à l'auscultation, quelques râles sibilants disséminés. Je fis coucher l'enfant et pratiquai immédiatement une cautérisation étendue du pharynx et des fosses nasales, au moyen d'une éponge trempée dans une solution de nitrate d'argent au dixième. Je prescrivis de toucher fréquemment la gorge avec un pinceau imbibé d'un mélange de 8 grammes de borax et de 20 grammes de miel rosat; à l'intérieur, une décoction de quinquina, du bouillon et de l'eau rougie.

Le soir, l'état est le même; la respiration est bruyante, le sommeil interrompu par des accès d'angoisse et de suffocation; la toux est fréquente, douloureuse. Je nettoie les parties malades, au moyen de l'éponge trempée dans la solution de borax, ce qui amène l'expulsion de quelques débris pseudo-membraneux. On continue le traitement. La nuit fut mauvaise, les accès de suffocation furent fréquents.

Le 29, à huit heures du matin, je trouve l'état local aggravé; les fausses membranes sont aussi épaisses et aussi étendues que la veille; il existe un râle trachéal intense à l'inspiration seulement, l'expiration étant facile et silencieuse; cependant le pouls est relevé, à 100, le facies moins abattu. Je nettoie de nouveau le pharynx et les fosses nasales avec la solution de borax, j'insuffle par la bouche de l'alun en poudre, j'instille dans les narines, au moyen d'une petite seringue, une solution d'alun; je prescris un vomitif par l'ipéca. Après le vomitif, on donnera alternativement de demi-heure en demi-heure un paquet de 2 centigrammes de calomel et un paquet de 10 centigrammes d'alun; on continue le bouillon.

Le soir, à trois heures, l'état s'est encore aggravé; le râle trachéal intense accompagne les deux temps de la respiration; les accès de suffocation sont fréquents et d'une durée plus longue; les lèvres sont un peu cyanosées, le facies est anxieux, le murmure vésiculaire un peu affaibli dans les deux poumons; néanmoins le pouls n'est pas trop faible et ne bat que 100. Je fais une large cautérisation avec la solution de nitrate d'argent et ramène sur l'éponge des fausses membranes en grande quantité; je prescris un vomitif par l'émétique et la continuation du traitement. Je quitte l'enfant, fort alarmé, et, prévoyant la nécessité de recourir bientôt peut-être à la trachéotomie, je prie M. le professeur Trousseau de m'aider de

ses conseils. La consultation ne pouvait avoir lieu que le lendemain à quatre heures du soir ; c'était bien long, et il était à craindre que d'ici là les secours ne fussent devenus inutiles. Dans cette perplexité, je songeai à appeler à mon aide le docteur Loiseau, de Montmartre. Nous vîmes l'enfant ensemble à sept heures du soir. L'enfant était très-abattu par suite des vomissements et des selles fréquentes qui avaient suivi l'administration de l'émétique. Il y avait eu néanmoins une amélioration notable à la suite des vomissements, qui avaient entraîné de nombreuses fausses membranes. Et cependant la persistance de la voix et de la toux croupales, l'existence du râle trachéal, tout nous indiquait que le danger était toujours imminent. M. Loiseau pratiqua donc le cathétérisme du larynx ; lorsque le passage de l'air dans la sonde nous avertit que l'instrument avait traversé le larynx, nous injectâmes dans l'arbre aérien quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent au dixième, puis la sonde fut retirée ; la cavité était remplie de fausses membranes blanches et épaisses. Cette opération fut faite avec la plus grande facilité et ne fut ni accompagnée ni suivie de suffocations. Le traitement précédemment institué fut conservé ; seulement, les insufflations furent faites alternativement avec de l'alun et avec du tannin en poudre.

La nuit fut beaucoup plus calme que la précédente ; jusqu'à minuit, il y eut encore quelques accès très-légers de suffocation, suivis d'un bon sommeil jusqu'au matin.

Le 30, à huit heures du matin, nous trouvâmes la gorge dans le même état, toujours recouverte de fausses membranes épaisses ; la respiration est manifestement plus libre ; le râle trachéal a disparu. L'état général est satisfaisant, la peau moite, le pouls à 90. Vers le matin, l'enfant a eu plusieurs selles vertes. M. Loiseau pratique une seconde fois le cathétérisme du larynx et nous instillons par la sonde quelques gouttes d'une forte solution de tannin. On continue le traitement local par les instillations d'alun dans le nez et les insufflations de tannin et d'alun dans la gorge ; à l'intérieur, on cesse toute médication, et l'on continue à donner du lait, du bouillon et l'eau vineuse.

A quatre heures, je revois l'enfant avec M. Trousseau, qui, redoutant que le mieux existant ne se soutienne pas, et qu'on ne soit obligé d'avoir recours en dernier ressort à l'ouverture de la trachée, me laisse entre les mains son appareil à trachéotomie. A huit heures du soir, je constate que la respiration est beaucoup plus libre ; l'enfant a dormi plus d'une heure sans toux et sans oppression ; les fausses membranes du pharynx sont moins épaisses et flottantes par places. La nuit fut très-calme.

Le 1er juillet au matin, l'enfant, après une forte quinte de toux beaucoup moins rauque que les jours précédents, expectore une grande quantité de couennes épaisses, dont quelques portions, par leur forme, paraissent venir des voies aériennes; la gorge se nettoie, les plaques diphthéritiques sont translucides, la voix est plus claire. M. Loiseau pratique pour la troisième fois le cathétérisme du larynx, suivi d'une instillation d'une solution de tannin. La résis-

tance de la petite malade fut plus vigoureuse que la veille; après l'opération, l'enfant expectore un peu de sang et beaucoup de détritus pseudo-membraneux. — Même traitement. Le soir, la voix est beaucoup meilleure, la toux presque nulle; l'enfant a repris de l'entrain et de la gaieté. Encore quelques selles vertes. Pendant la nuit, le sommeil a été calme, la respiration parfaitement normale.

Le 2 et le 3 juillet, l'amélioration fait de notables progrès. Le 4, les fausses membranes n'existent plus nulle part, la toux est nulle, la voix presque normale ; l'enfant a repris toute sa gaieté et cause beaucoup.

Le 5, soit que l'enfant ait trop parlé, soit qu'elle se soit refroidie, la toux reparaît, elle est plus sourde que d'habitude, la voix est un peu voilée ; quelques boissons béchiques dissipent ces symptômes, et, à partir du 7, la guérison est complète.

Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur ce sujet. Le cathétérisme du larynx par le procédé de M. Loiseau est actuellement mis en usage à l'hôpital des Enfants, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats qu'obtiendront de son emploi les médecins et les internes des hôpitaux.

Tout ce que nous pouvons dire aujourd'hui, c'est, que depuis le 10 août, cinq enfants, dont trois dans le service de M. Bouvier, un dans le service de M. Gillette, et le dernier dans celui de M. Blache, ont été traités par le cathétérisme du larynx. Sur ces cinq enfants, le premier, petite fille de trois ans et demi, entrée dans de mauvaises conditions, épuisée par les vomitifs répétés, n'a éprouvé aucune amélioration, et a dû être trachéotomisée le soir même. Elle est aujourd'hui en voie de guérison. Les trois suivants sont aujourd'hui en convalescence ; l'un d'eux a expulsé des fausses membranes tubulées en très-grande quantité ; le cinquième enfin, entré depuis trente-six heures seulement, a été cathétérisé deux fois à douze heures d'intervalle par M. Peter ; son état est encore grave, l'issue incertaine. — La diphthérite chez lui s'étend à toute la longueur des fosses nasales.

Dr L. GROS.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ORGANES SEXUELS DE LA FEMME, par M. SCANZONI, professeur d'accouchements et de gynécologie à l'université de Wurtzbourg, traduit de l'allemand et annoté sous les yeux de l'auteur par les docteurs Dor et Socin.

Le vent souffle aux publications sur les maladies utérines. Outre les livres en cours de publication et ceux que nous voyons déjà poindre à l'horizon, voici venir la traduction française d'un ouvrage classique en Allemagne, d'un ouvrage qui s'avance avec l'auréole d'une répu-

tation incontestée possédée par l'auteur en tant qu'accoucheur et que gynécologue. Nous ne pouvons pas dire que nous souhaitions la traduction de ce livre; car le connaissant depuis sa publication en Allemagne, nous avions pu nous faire une opinion à son endroit, et précisément ce livre était dans notre opinion un de ces livres utiles sans doute, mais qu'on ne traduit pas, parce qu'il nous semble que la traduction emporte avec elle la consécration d'un grand service rendu et que nous ne pouvions lui reconnaître ce caractère. Nous sommes loin de regretter cependant cette traduction; car il est bon que l'échange des idées se fasse entre les peuples et que l'on sache si ce qui est vérité en deçà du Rhin n'est pas mensonge au delà; il est bon surtout que l'on sache où en sont nos confrères d'outre-Rhin pour le traitement de ces affections utérines, dont le nombre ne semble augmenter probablement depuis quelques années que parce qu'on leur accorde une plus grande attention.

Professeur à la fois d'accouchements et de gynécologie à l'université de Wurtzbourg, M. Scanzoni pose en principe que la gynécologie et l'art des accouchements doivent se compléter réciproquement, et qu'il est impossible de faire une étude sérieuse de l'une sans considérer avec le plus grand soin toutes les ressources qui nous sont offertes par l'autre. Cette proposition peut être vraie en Allemagne et en Angleterre, là où l'usage a consacré la réunion de ces deux branches de la science; mais pour la France, elle manque de bases, et les noms se pressent en foule sous notre plume pour montrer la connaissance la plus complète de ces maladies parmi des hommes qui de leur vie ne se sont jamais livrés avec quelque continuité à la pratique des accouchements : Récamier et Lisfranc, par exemple, n'étaient pas et n'ont jamais été, que nous sachions, des accoucheurs. Mais laissons cette proposition, qui n'a été émise que pour les besoins de la cause, et voyons ce que M. Scanzoni a voulu faire en publiant son livre : « exciter l'étudiant à travailler avec ardeur une branche importante de la médecine, servir de guide au médecin praticien, partout où l'absence d'expériences personnelles assez nombreuses lui ferait désirer le secours d'autrui; tel est, dit M. Scanzoni, le but que nous nous sommes proposé. » Ce n'est donc pas un simple manuel que notre savant confrère d'outre-Rhin a voulu faire; s'il en était ainsi nous croirions que son livre répond parfaitement à son but; c'est un véritable guide pour le médecin praticien, et nous avons à examiner, par conséquent, si vraiment ce livre présente les caractères qui appartiennent aux livres destinés à servir de guides aux praticiens.

Le livre de M. Scanzoni est divisé en sept parties, les six premières pour les maladies des organes génitaux, et la dernière pour les maladies du sein. Nous nous bornerons à dire que M. Scanzoni a consacré cinquante-sept pages aux maladies du sein, et ceux de nos lecteurs qui connaissent le bel ouvrage de M. Velpeau peuvent se rendre compte des étroites limites dans lesquelles le savant professeur de Wurtzbourg a dû se resserrer, pour arriver à traiter en si peu d'espace des maladies aussi importantes. Nous ne croyons donc pas aller trop loin, en disant que M. Scanzoni a sacrifié les maladies du sein, comme il a sacrifié les maladies des organes génitaux externes, qu'il a traitées en trente-huit pages, et les affections du vagin qui n'en occupent que cinquante et une. Sans doute, toutes les maladies de ces parties sont décrites, mais d'une manière si rapide, et avec si peu de détails, que le guide ne nous paraît guère suffisant.

Les maladies des ovaires occupent dans ce livre, nous nous plaisons à le reconnaître, une place plus grande et tout à fait en rapport avec leur importance même. Des considérations générales, vraiment pratiques, mais manquant aussi tant soit peu d'élévation, précèdent l'étude spéciale des maladies des ovaires; il y a là des choses qui montrent l'homme qui a vu et bien vu. L'inflammation aiguë et chronique de l'ovaire, les hémorrhagies de l'ovaire et les tumeurs de ces organes occupent la plus grande partie de cette division du livre de M. Scanzoni. Nous ne pouvons surtout dire que nous y ayons rien trouvé de nouveau, et nous ne pouvons approuver une méthode nosologique qui, sous le prétexte des difficultés que présente le diagnostic des tumeurs d'un organe, les embrasse toutes dans un même chapitre, dans une même description. Personne, je crois, n'applaudira à ce chapitre VII, intitulé : *Tumeurs de l'ovaire*, qui, tout en renfermant des choses fort bonnes, arrive à la confusion la plus étrange par le rapprochement des choses les plus différentes. M. Scanzoni avait réservé son opinion sur le traitement des kystes par les injections iodées. MM. Dor et Socin ont ajouté un appendice où ils se prononcent formellement en faveur de ces injections; mais comme il n'y est pas question de M. Scanzoni, nous n'avons rien à y voir.

La troisième partie traite très-suffisamment des maladies des trompes; mais que dire de la deuxième, où se trouve décrite en deux pages la *périmétrite*, et en quatre l'*hématocèle utérine?* Ceci n'est même pas du manuel, c'est moins que cela. La partie vraiment importante du livre de M. Scanzoni est donc la première, celle qui traite de la pathologie et de la thérapeutique des maladies

de l'utérus. C'est peu sans doute que 294 pages pour des sujets aussi nombreux et aussi controversés ; mais enfin l'auteur pouvait s'y mouvoir plus librement. Quelques remarques générales, bien écourtées, sur la symptomatologie des affections utérines, sur l'exploration de l'utérus et sur le traitement de ces maladies, ouvrent le volume. C'est pratique et bon à lire, même pour ceux qui savent ; car on reconnaît le praticien. Puis viennent les descriptions spéciales de toutes les affections utérines, dans lesquelles nous aimons à reconnaître que nous ne voyons figurer aucune de ces créations modernes, telles que les granulations et les fongosités utérines. Seules, les ulcérations ont trouvé grâce devant le savant professeur, et cette partie n'est pas une des moins intéressantes de l'ouvrage.

Ce qui nous frappe dans cette première partie, comme dans le reste de ce livre, c'est son inégalité : à côté de chapitres largement traités et vraiment intéressants, comme celui des flexions de la matrice, des ulcérations, du cancer, etc., il en est d'autres tout à fait écourtés, et dans lesquels on est étonné de ne pas trouver l'auteur familier avec des choses que nous connaissons tous. C'est que l'auteur a en quelque sorte des sujets de prédilection sur lesquels il s'est exercé depuis longtemps; sur ces sujets, il s'abandonne à l'inspiration de son expérience, et il arrive à faire des chapitres qu'on trouve toujours très-intéressants, alors qu'on n'en accepte pas complétement les conclusions, tandis que pour le reste, écrivant de mémoire, il est conduit inévitablement à oublier des choses fort importantes.

Nous avons dit le côté faible de ce livre, qui ne nous paraît pas, précisément à cause de son inégalité, pouvoir servir de guide au médecin praticien, lequel a surtout besoin d'être éclairé complétement non pas sur un sujet, mais sur tous. Comme introduction à une étude plus complète des maladies utérines, comme indication du cadre à parcourir, nous l'accepterions volontiers; mais nous nous plaisons à lui accorder quelque chose de plus. Il y a longtemps qu'on l'a dit : Quelque imparfait que soit un livre, s'il est écrit par un homme pratique, il renferme toujours des choses utiles, et c'est précisément ce qui arrive. M. Scanzoni a beaucoup vu et il a consigné dans son livre beaucoup de faits pratiques, dont la moisson peut être faite, mais surtout par ceux qui savent et qui peuvent apprécier par la comparaison l'importance des choses qui passent sous leurs yeux. Ce livre contient aussi une bibliographie qui, sans être complète, est très-satisfaisante et très-bonne pour les recherches.

Les lecteurs du *Bulletin* s'attendent certainement à ce que nous

leur parlions des tendances thérapeutiques des médecins d'outre-Rhin. Ce que nous pouvons leur dire, c'est que la thérapeutique de M. Scanzoni n'est pas de l'école des *casse-cou*. La prudence et la modération président à ses actes, et peut-être même manque-t-il quelquefois de décision. On démêle, au milieu de ces prescriptions qui s'appliquent à tant de maladies, la préférence de M. Scanzoni pour les émissions sanguines locales, pour les sangsues sur le col de l'utérus; on trouve peu de chapitres où il n'en soit pas question, pratique que nous sommes, du reste, loin de blâmer. M. Scanzoni est encore un grand artisan des eaux minérales; à chaque pas, le nom des établissements minéraux de l'Allemagne se trouve sous sa plume; on devine l'homme dont la pratique est assez relevée pour s'adresser à des têtes princières et couronnées; mais que deviennent, au milieu de tout cela, les pauvres femmes dont la bourse n'est pas assez bien garnie pour leur permettre une saison à Kissingen, à Marienbad ou à Schwalbach? Pour un lecteur français, cette thérapeutique paraît tant soit peu fastueuse, mais peut-être est-il moins cher d'aller prendre les eaux en Allemagne que dans notre pays.

Que dire maintenant de la traduction? Nous devons rendre justice à la bonne volonté et au courage des traducteurs. Chose dure à mâcher et à digérer que la traduction d'un livre de plus de cinq cents pages, et la chose est plus dure encore, quand on n'a une connaissance très-parfaite ni de l'une ni de l'autre langue. Qu'arrive-t-il souvent? C'est que l'une ou l'autre, l'une et l'autre parfois aussi, souffrent et sont blessées. Nous ne connaissons pas personnellement les traducteurs de ce livre, et nous les tenons pour médecins très-instruits et très-honorables. Mais il eût mieux valu, pour l'auteur et pour eux-mêmes, que la traduction eût été revue par un Français. Il est telle phrase qui sent le tudesque d'une liene, il est tel mot qu'on ne trouva jamais dans Bescherelle. Mais, chose plus grave, il est telle phrase, incompréhensible dans le texte français, qui est très-facile à comprendre dans le texte allemand; il est telle phrase même qui a été détournée de son véritable sens, et où M. Scanzoni se trouve dire le contraire, ou à peu près, de ce qu'il a voulu dire. Heureusement, le plus souvent, il suffit d'un peu de réflexion pour démêler la véritable signification de la phrase, et, vérification faite, nous croyons que si le français n'a pas toujours été respecté par les traducteurs, le nombre est peu considérable des phrases inexactement traduites, et que le sens au moins a été assez généralement conservé par eux, pour que la traduction de M. Scanzoni puisse être consultée avec fruit par les médecins français.

BULLETIN DES HOPITAUX.

BONS EFFETS DE L'EMPLOI TOPIQUE DU CHLORATE DE POTASSE DANS QUELQUES AFFECTIONS CHIRURGICALES, EN PARTICULIER DANS LES ULCÈRES VARIQUEUX, LA POURRITURE D'HOPITAL, LES CANCROÏDES. — Quelques expériences qui ont été faites dans ces derniers temps par un jeune médecin, M. le docteur Milon, dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, dans le service de M. Richet principalement, tendent à faire croire que le chlorate de potasse, qui compte déjà de si précieuses applications dans la thérapeutique médicale, ne sera peut-être pas sans en compter quelques-unes dans la pratique de la chirurgie. Le chlorate de potasse, tel est le résultat auquel M. Milon a été conduit par ses expériences, est le *sel cicatrisant* par excellence; c'est chose curieuse que de voir combien le chlorate modifie les plaies en les détergeant, en diminuant la suppuration, en faisant disparaître la fétidité qu'elles exhalent.

Dans les ulcères variqueux, par exemple, sous l'influence de ces applications, la cicatrisation se fait à la fois par les bords de l'ulcère et par son centre, où l'on voit apparaître un tissu cicatriciel qui grandit chaque jour et finit par rejoindre la circonférence; dès les premiers jours, la partie cicatrisée présente une consistance spéciale qui promet une guérison durable. C'est ainsi que M. Milon a guéri, chez un homme de cinquante-six ans, un ulcère dont il était atteint au-dessus de la malléole interne de la jambe droite depuis vingt ans, alors que jamais on n'avait pu obtenir une cicatrisation complète et que l'ulcère avait déjà donné lieu à une hémorrhagie très-abondante; en trente-deux jours la cicatrisation était obtenue.

Dans deux cas de pourriture d'hôpital, l'action du chlorate a été excessivement prompte. Dès les premiers jours, la fétidité avait disparu et les plaies étaient détergées; le travail de cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité, bien que chez l'un des malades il y eût des séquestres, ce qui constitue toujours un obstacle à la cicatrisation complète d'une plaie.

Mais, de tous les résultats, le plus extraordinaire a été la guérison d'un cancroïde chez un homme âgé de soixante-treize ans et atteint de cette affection depuis vingt-sept ans. Considérée comme telle par M. Velpeau et par M. Richet, cette affection, qui avait débuté par une petite verrue non douloureuse, mais causant de légers chatouillements, avait fini par donner lieu à une ulcération, tantôt dimi-

nuant d'étendue, tantôt s'agrandissant, et cette affection s'est terminée par la guérison à l'aide des applications topiques de chlorate.

Ces pansements ont toujours été faits avec la solution saturée à la température ambiante. Le mode de pansement est très-simple : un gâteau de charpie trempé dans la solution est appliqué sur la plaie ; seulement, pour éviter le desséchement du tampon et son adhérence à la plaie, il faut maintenir celle-ci dans un état constant d'humidité, en l'arrosant à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures et en recouvrant le pansement d'un morceau de diachylon ou de toile gommée. Un pansement chaque jour est suffisant ; quelquefois il faut en faire un second, si la suppuration est très-abondante. Mais lorsque celle-ci diminue, il y a avantage à ne faire un pansement que tous les deux jours, les pansements les plus rares dans ces conditions étant les plus favorables à la cicatrisation.

Ce qu'il faut savoir cependant, c'est que les applications topiques de chlorate ne sont pas sans occasionner quelques douleurs, quelquefois même des douleurs assez vives. Ces douleurs présentent leur plus grande acuité au moment de l'application, puis elles diminuent insensiblement pour disparaître complétement après quinze, vingt ou trente minutes. Les jours suivants elles diminuent d'intensité et de durée ; la plaie s'y habitue, de sorte qu'au bout de huit jours le phénomène a disparu.

Sur l'emploi des ventouses scarifiées dans le traitement de la fièvre intermittente. — Il y a longtemps déjà que M. Nonat a préconisé l'emploi des ventouses scarifiées sur l'hypocondre gauche, comme auxiliaire du sulfate de quinine, dans le traitement de la fièvre intermittente. Le fait suivant servira à rappeler à nos lecteurs quels sont les cas auxquels ce moyen est applicable, et suivant quelles règles il doit être appliqué, d'après l'expérience de l'honorable médecin de la Charité.

J. Tessier, cinquante-six ans, forte constitution, est entré dans le service de M. Nonat, salle Saint-Ferdinand, n° 22, le 14 janvier dernier.

Cet homme a contracté la fièvre intermittente, sous le type tierce, dans l'hiver de 1855-1856, en Toscane, où il est resté trois ans, occupé à des travaux de sondage pour la recherche de l'acide borique. N'ayant pu parvenir à se guérir de cette maladie, bien qu'il eût pris une grande quantité de sulfate de quinine, et sentant ses forces diminuer, il quitta la Toscane et revint en France. Malgré ce changement de pays, et malgré l'usage plusieurs fois réitéré du sel fébrifuge, la fièvre persista et ne le quitta, d'après ses explications, que vers la fin d'août 1857. Mais il paraît que ce ne fut pas pour longtemps ; car, dans un séjour de douze jours qu'il fit à Beaujon en septembre suivant, il fut de nou-

veau soumis à l'actiou de la quinine, et, en outre, des ventouses scarifiées lui furent appliquées sur la région splénique, en raison d'une douleur constante qu'il y éprouvait. Sorti de cet hôpital, il vit de nouveau récidiver et ses accès et la même douleur. Enfin, atteint de la bronchite épidémique qui a régné à Paris pendant l'hiver dernier, il demauda et obtint son admission à la Charité.

Le 15 janvier, à la visite, on constata chez le malade les signes ordinaires de la grippe, et en même temps une tuméfaction assez notable de la rate. L'affection catarrhale, traitée par les moyens ordinaires (ipécacuanha, boissons adoucissantes, diète), céda assez rapidement, et il n'en restait plus trace au bout de huit jours.

A cette époque, la rate, examinée de nouveau, présentait le même volume que précédemment, mesurant 11 centimètres dans le seus vertical. De plus, le malade accusait un sentiment habituel de géne dans l'hypocondre gauche et une douleur fixe au même niveau, douleur qui devenait plus vive par la percussion. Il n'avait d'ailleurs éprouvé rien qui ressemblât à un accès de fièvre depuis la veille de son entrée à l'hôpital, qu'il avait eu un peu de frisson suivi de chaleur : mais ces symptômes étaient peut-être alors des phénomènes liés au début de la fièvre catarrhale. La tuméfaction persistante de la rate témoignait que le sujet était toujours sous l'influence de l'intoxication paludéenne et ne permettait pas de douter que, s'il n'y avait pas actuellement d'accès fébriles périodiques, il ne dût en reparaître, à coup sûr, dans un temps plus ou moins proche. En outre, la douleur fixe au niveau de l'organe tuméfié donnait lieu de croire qu'il était le siége, à un certain degré, d'une complication phlegmasique. M. Nonat résolut donc de soumettre le malade au traitement qu'il a coutume d'instituer en pareil cas, c'est-à-dire à l'emploi combiné du sulfate de quinine et des ventouses scarifiées sur la région splénique.

Au commencement, le sel quinique fut administré par la voie rectale, en raison de quelques malaises gastriques. Le 23 et le 24 janvier, 75 centigrammes de sulfate furent donnés dans un quart de lavement, en une seule fois ; et, du 25 au 31, la dose fut portée à 1 gramme. De plus, une première application de ventouses scarifiées eut lieu le 26, quatrième jour de l'administration du spécifique, et une seconde le 30 ; chaque fois il fut tiré de 90 à 100 grammes de sang ; le lendemain de la première application, la hauteur de la rate avait diminué de 1 centimètre 1/2, alors que la veille aucune modification ne s'était encore produite dans le volume de cet organe ; après la seconde, une nouvelle diminution de 1 centimètre fut encore constatée. A partir du 1er février, le sulfate de quinine fut désormais pris par la bouche et bien supporté; ce jour, ainsi que le 2 et le 3, la dose en fut descendue à 75 centigrammes. Une troisième application de ventouses, qui fut faite le 3, fut encore suivie d'une réduction appréciable de la rate. Le spécifique fut ensuite donné à doses graduellement décroissantes : 60 centigrammes, les 4, 5 et 6 février; 50 ceutigrammes, les 7, 8 et 9. A cette époque, la rate était rentrée dans ses limites normales, et la percussion n'accusait plus que 7 centimètres de hauteur. Le sulfate de quinine fut continué encore deux jours, et le malade fut renvoyé de l'hôpital, en parfait état de santé, le 15 février, pour entrer à l'asile de Vincennes, après avoir reçu la recommandation de prendre une petite dose de sulfate (25 centigrammes) tous les cinq ou six jours, pendant trois semaines ou un mois.

Cette observation montre bien comment procède M. Nonat dans les cas d'intoxication paludéenne où il juge indiqué de recourir

aux ventouses scarifiées. Il ne les applique pas d'emblée dès le début du traitement. Mais, soit qu'il y ait des accès intermittents, soit qu'il n'y en ait pas, il fait toujours précéder les ventouses par l'administration du sulfate de quinine, en commençant, suivant la méthode de Bally, par les plus fortes doses, données dans les premiers moments de l'apyrexie, et en une seule fois, tant qu'elles ne dépassent pas 1 gramme. D'après les remarques du médecin de la Charité, quand il existe des accès, c'est une condition indispensable qu'ils aient d'abord été coupés; et quand il n'y en a pas, il est utile de placer l'organisme malade sous l'influence du spécifique. Ce n'est donc que trois ou quatre jours après la cessation des paroxysmes, ou, quand il n'en existe pas, à partir du jour où a été commencée l'administration du sulfate de quinine, que les ventouses sont appliquées. M. Nonat les prescrit en plus ou moins grand nombre, de manière à obtenir de 90 à 125 grammes de sang, suivant la force des sujets. Il revient à ce moyen tous les trois ou quatre jours, tant qu'il existe de la douleur ou que la rate reste tuméfiée, sans jamais interrompre le sulfate de quinine, le laissant d'abord pendant huit ou dix jours aux doses primitives, diminuant ensuite graduellement les doses au fur et à mesure que la rate décroît, et ayant soin de continuer le médicament quelques jours encore après le retour de l'organe à son volume normal, seul critérium de la guérison définitive, et même d'en administrer de temps en temps de petites quantités pendant quelques semaines.

M. Nonat, on le comprend, n'emploie pas les ventouses scarifiées dans tous les cas de fièvre intermittente avec intumescence de la rate. Il n'y a recours que dans ceux où une douleur fixe, occupant la région qui correspond à cet organe, donne lieu de croire qu'il est le siége d'une complication phlegmasique, ou bien lorsque la tuméfaction splénique, sans être d'ailleurs accompagnée de douleur fixe, soit pendant les accès, soit dans leur intervalle, a atteint un volume considérable, au point de donner lieu, par exemple, à une matité dans le sens vertical de 11 ou 12 centimètres et au delà. Dans les cas du premier ordre, lesquels, du reste, ne sont pas très-communs et ne s'élèvent pas à une proportion de plus de 3 ou 4 sur 100, les émissions sanguines par les ventouses scarifiées sur l'hypocondre gauche sont formellement indiquées; dans les autres, ce moyen n'est pas nécessaire, il est vrai, et l'on peut s'en abstenir, mais il est utile, et, en y recourant, on obtient plus vite et plus sûrement la guérison.

Telles sont les indications des ventouses scarifiées dans la mala-

die qui résulte de l'intoxication par le miasme des marais; tel est le *modus faciendi* suivant lequel elles doivent être employées. Si d'autres médecins n'en ont pas tiré les mêmes avantages, c'est, selon M. Nonat, faute d'avoir suivi les mêmes errements que lui. D'après le fait ci-dessus relaté, d'après d'autres faits qui ont été publiés précédemment, il paraît démontré que cette méthode de traitement présente des avantages réels. Nous n'hésitons donc pas à la rappeler aux praticiens, auxquels elle peut rendre des services, surtout si, comme l'affirme son auteur, elle procure une économie d'un tiers dans la quantité totale de sulfate de quinine nécessaire pour amener une guérison radicale, point d'une grande importance, qui sera apprécié de tous les médecins, et surtout de ceux qui exercent dans les campagnes.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bubons suppurés (*De l'emploi du séton filiforme dans le traitement des*). Dans un mémoire récent, M. Bonnafont est venu proposer d'appliquer aux bubons l'emploi des sétons filiformes vantés dans le traitement des tumeurs abcédées en général. Dans ce travail, l'auteur n'a établi aucune distinction entre le bubon suppuré inflammatoire et le bubon chancreux. Chargé d'un service de vénériens, M. Pontus, médecin militaire belge, a voulu soumettre à l'expérimentation clinique le traitement vanté par son collègue français, et il n'a pas tardé à se convaincre que, si les adénites inflammatoires, idiopathiques ou sympathiques, guérissaient promptement par l'emploi du séton filiforme, ce moyen aggravait la marche du bubon chancreux. L'ulcération chancreuse du trajet parcouru par le séton s'opposait au recollement de la peau, quel que fût le soin mis à exercer la compression de la manière indiquée par M. Bonnafont. M. Pontus cessa alors l'emploi de ce moyen pour faire, par les petites ouvertures, des injections au nitrate d'argent (1 partie sur 2 d'eau distillée), dans le but de neutraliser le virus. Quand il avait lieu de croire à l'anéantissement du foyer chancreux, il remplaçait la solution du sel d'argent par la teinture d'iode pour amener une inflammation adhésive. Revenant alors à la compression, il obtint des résultats très-satisfaisants. C'est ainsi qu'en combinant le séton filiforme aux injections et à une compression méthodique, M. Pontus parvint à guérir en moins de vingt à trente jours les malades porteurs de bubons virulents qui entrèrent dans son service. Après la guérison, les régions inguinales ne présentaient que deux cicatrices peu apparentes, provenant des ouvertures du séton. (*Arch. belges de méd. milit.*, juin.)

Electricité (*Deux observations de névrose de l'estomac traitée avec succès par l'*). De tous les agents modificateurs du système nerveux, il n'en est aucun qui jouisse d'une action plus puissante que l'électrisation; lors donc qu'une névrose résiste, le praticien ne doit pas hésiter à recourir à cette médication, toujours inoffensive. Les faits suivants, publiés par M. Oré, prouveront, une fois de plus, que le succès peut couronner la tentative. — Une dame âgée de trente ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament nerveux, était affectée depuis quatre années d'une pneumatose stomacale, qui se produisait d'une manière subite par le seul fait de l'ingestion de quelques cuillerées de bouillon ou d'un liquide quelconque. Mais, chose étrange, ces phénomènes n'avaient lieu que le soir et ne se montraient jamais après les repas que la malade faisait pendant le jour. Des emplâtres stibiés et des vésicatoires volants à l'épigastre, le sous-nitrate

de bismuth, la magnésie calcinée, des vomitifs, les eaux de Pougues et de Vichy, enfin un voyage en Italie, furent sans action sur la maladie. Après avoir essayé de l'usage du sulfate de quinine, afin d'avoir successivement rempli chacune des indications, et cet agent antipériodique ne modifiant aucunement l'état de cette dame, M. Oré eut recours à l'électrisation. Les deux conducteurs de l'appareil de Legendre et Morin furent appliqués sur la région épigastrique; on fit passer d'abord un courant faible, puis on en augmenta graduellement l'intensité, afin de ne pas produire de douleur trop vivo. Aucune modification ne suivit la première application; après la seconde séance, la malade put prendre quelques aliments, mais la tension de l'estomac revint immédiatement après; toutefois elle fut moins forte et dura seulement deux heures au lieu de douze. Les mêmes manœuvres furent renouvelées pendant cinq jours, et dès ce moment la malade put manger impunément, sans éprouver aucun des symptômes qui l'avaient fatiguée depuis quatre ans. Afin de s'assurer qu'il n'y avait pas une simple coïncidence entre le résultat obtenu et l'emploi de la faradisation, M. Oré cessa d'en faire usage. Bientôt la tension de l'épigastre reparut, et il dut revenir à ce moyen. Pendant un mois environ, la malade fut électrisée chaque jour; après ce laps de temps la guérison fut complète, et elle s'est maintenue depuis.

Le sujet de la seconde observation est un abbé, d'un tempérament nerveux et très-impressionnablo. Depuis huit années, il était fatigué par des vomissements quotidiens, contre lesquels les médications les plus diverses avaient été mises en œuvre. Les matières rendues étaient tantôt des aliments, tantôt des mucosités. Il est important de faire remarquer que sa mère était atteinte d'une affection identique. Ces vomissements, qui avaient lieu sans efforts et sans occasionner à ce malade de fatigue bien grande, étaient surtout augmentés par des influences morales. Ainsi cet abbé no pouvait jamais monter en chaire sans vomir, quelques instants avant, les substances contenues dans son estomac. Encouragé par le résultat obtenu chez la malade précédente, M. Oré proposa l'électrisation. Ce traitement fut fait de la même manière et continué pendant un mois. Dès la cinquième faradisation, les vomissements ont cessé, et ils n'ont pas reparu depuis.

Ces faits de guérison de névroses stomacales ne sont pas uniques, comme le croit notre confrère de Bordeaux, et nous pourrions en ajouter plusieurs tirés de notre pratique; mais ils n'en sont pas moins dignes d'être enregistrés. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, août.)

Escarres du sacrum (*Du tannate de plomb comme moyen de prévenir la production des*). Malgré les mille moyens conseillés, l'on sait combien souvent cette fâcheuse complication vient aggraver l'état des malades condamnés à un décubitus prolongé. Suivant M. Leclerc, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon, l'application du tannate de plomb à l'état humide, dès qu'il y a rougeur ou sensibilité de la peau, préviendrait sa mortification. Voici la manière de préparer ce tannate :

PR. Écorce de chêne concassée. 32 gr.
Eau de fontaine............ 250 gr.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 125 grammes, puis ajoutez à la liqueur, passée à l'étamine :

Extrait de saturne........... Q. S.

jusqu'à cessation de précipité.

Le précipité est recueilli sur un filtre. On en met avec le doigt une couche épaisse sur les parties menacées de gangrène, et on les recouvre d'un linge fin. Ce topique, suivant l'auteur, est préférable à tous ceux qui ont été préconisés jusqu'ici, car si l'on s'y prend à temps, on ne verra jamais d'escarre se former, ou du moins très-exceptionnellement. Dans ce dernier cas, dès que l'escarre commence à se détacher, on la panse encore avec le tannate de plomb, mais additionné de térébenthine. (*Abeille méd.*, août.)

Hydrarthrose coxo-*fémorale guérie par l'application locale de la teinture d'iode.* Lorsque les épanchements siégent dans des articulations étendues et superficielles, comme celles du coude et du genou, on comprend les bons résultats de l'emploi topique de la teinture d'iode; aussi les faits à l'appui de ce traitement commencent-ils à être assez nombreux dans la science. Mais lorsque les surfaces articulaires sont situées profondément et entourées de masses musculaires épaisses, il semble qu'il n'en puisse plus être de même. Le fait suivant, rapporté par M. Lante, prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi. — Un soldat du 11e régiment de ligne, à la suite d'une

chute, éprouve dans la hanche gauche des douleurs qui, pendant neuf mois, furent combattues par des moyens divers. A son entrée à l'infirmerie de Hasselt, on constate l'état suivant : accumulation de synovie dans l'articulation coxo-fémorale, tuméfaction du coussinet graisseux, déplacement des surfaces articulaires. La cuisse et la jambe sont un peu atrophiées et portées dans l'adduction ; les mouvements de la cuisse sont impossibles, le malade est toujours couché sur le côté sain. En exerçant une pression ou un léger choc sur le grand trochanter avec la paume de la main, ou en imprimant une propulsion subite de haut en bas au fémur, la douleur se fait aussitôt sentir. M. Lante eut recours à la mixture iodée, recommandée par M. Merchie dans le traitement de l'hydrarthrose du genou, et qui fut appliquée de la manière suivante : après avoir fait avec la mixture iodée une embrocation sur tout le pourtour de l'articulation, de manière à dépasser dans tous les sens l'étendue de la membrane synoviale, on recouvrit la partie malade d'une couche d'ouate maintenue par une bande. Le même pansement fut renouvelé deux fois dans les vingt-quatre heures. Au quinzième jour, l'épanchement avait complétement disparu, et la tête du fémur avait repris sa position normale. La guérison s'est maintenue pendant les trois mois que le malade a été conservé en observation. (*Archives belges de méd. milit.*, juin.)

Lupus ulcéreux *graves, détruits par la cautérisation avec la pâte de Canquoin.* L'emploi du chlorure de zinc a été depuis longtemps préconisé dans le traitement du lupus ulcéreux ; employé d'abord avec succès à l'hôpital Saint-Louis par Biett, dès 1831, il l'a été depuis par d'autres praticiens, entre autres par M. Baumès à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon. Enfin, M. Devergie en recommande l'emploi dans la dernière édition de son *Traité des maladies de la peau*. Ce n'est donc pas d'un moyen nouveau qu'il s'agit ici, mais d'applications nouvelles confirmatives des premiers essais et un peu restrictives à quelques égards; il s'agit en un mot d'une étude nouvelle des indications de ce moyen. M. le docteur Bonnaric rapporte deux observations de *lupus rongeant* guéri par trois ou quatre applications de pâte de Canquoin. Voici ce qu'il conclut de ces observations et des recherches qu'il a faites à ce sujet :

1° Le traitement général est impuissant à guérir le *lupus exedens* ulcéreux ; 2° localement, les escarrotiques superficiels sont sans efficacité contre cette maladie, quelque répétée que soit son application; 3° la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc détruit la déviation phagédénique du *lupus exedens* ulcéreux, et le transforme en une plaie simple dont la cicatrisation se fait avec rapidité; 4° dans les lupus étendus en surface et en profondeur, la cautérisation doit être faite avec le plus grand soin, pour qu'elle ne laisse en dehors de son action aucune portion du mal. Si quelques parties de l'ulcère ont échappé ou ont été rebelles à l'action escarrotique de la pâte de chlorure de zinc, une nouvelle application devient nécessaire. Cette application sera renouvelée jusqu'à ce que la surface ulcéreuse soit transformée en une plaie de bonne nature. En général, trois ou quatre applications conduisent à ce résultat. (*Gaz. hebd.*, août.)

Scrofule (*Effets remarquables du tussilage contre plusieurs des manifestations de la*). C'est une chose malheureuse que ce dédain dans lequel les médecins modernes tiennent un grand nombre des résultats que leur a légués l'expérience de leurs devanciers. Nous applaudissons donc toujours, en ce qui nous concerne, aux efforts que l'on tente pour faire rendre justice à des moyens thérapeutiques méconnus ou mal appréciés, et M. Cazin a, dans notre opinion, le grand mérite de s'être mis au-dessus de toutes ces prétentions pour réhabiliter des médicaments que l'on employait bien peu avant lui.

De ce nombre est le tussilago, une plante jadis très-célèbre, et employée à une époque plus rapprochée de nous contre les affections scrofuleuses par Fuller, Peyrilhe, Cullen, Bodard, Hufeland, Tourtelle, Baumes. Les faits que M. Cazin a rassemblés dans son excellent livre sur les plantes médicinales indigènes (2e édition) ne sont pas moins intéressants que ceux que l'on trouve dans les auteurs précédents.

M. Cazin rapporte trois cas.—Le premier est celui d'une fille de onze ans, d'une faible constitution, ayant eu, pendant les premières années de son enfance, de l'*impetigo larvalis*, de fréquentes ophthalmies et des engorgements glanduleux du cou. Au mois de

juillet 1854, elle était atteinte d'une ophthalmie photophobique double; les paupières étaient très-boursouflées et érysipélateuses à leurs bords; engorgement glanduleux considérable des deux côtés du cou, sans changement de couleur à la peau. Depuis six mois elle était dans cet état, sans amélioration, malgré l'emploi du houblon, de la gentiane, de l'huile de foie de morue et du régime tonique. Administration du suc de tussilage à la dose de 60 grammes, porté graduellement jusqu'à celle de 180 grammes. Amélioration dès le cinquième jour; la malade commence à ouvrir les yeux et à supporter la lumière. (Il est vrai qu'une infusion de jusquiame était appliquée sur les paupières.) Au quinzième jour du traitement, les glandes engorgées avaient diminué de moitié, l'ophthalmie était presque entièrement dissipée. Guérison après six semaines; état de santé des plus satisfaisants. — Dans le deuxième cas, demoiselle de quinze ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique, comptant des scrofuleux dans sa famille, abondamment menstruée et atteinte depuis près de huit mois, et à des degrés variables, d'une ophthalmie chronique de l'œil droit avec photophobie. Elle portait aussi, au-dessous de l'oreille droite, une tumeur glanduleuse de la grosseur d'un œuf, des ulcérations crustacées dans les narines, avec gonflement et rougeur des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Usage depuis un an, mais insuccès de l'huile de foie de morue et du sirop antiscorbutique. Forte décoction de feuilles fraîches de tussilage à prendre en quatre fois dans la journée. Au bout de dix jours, amélioration sensible. On se borne à l'application de la pommade antiophthalmique de Desault. Le trentième jour, l'ophthalmie et les ulcérations nasales sont guéries, la tumeur du cou est diminuée de moitié. On continue la décoction de tussilage, et on fait prendre en outre chaque matin un verre, environ 100 grammes, de suc de la même plante. Sous l'influence de cette médication, la tumeur diminue graduellement de volume dans l'espace d'un mois, et, vers le 15 août, la résolution est complète. Depuis six mois, la guérison ne s'est point démentie. — Dans le troisième cas, jeune homme de vingt ans, tempérament lymphatique, habitant un pays marécageux, atteint depuis près de deux ans d'engorgement glanduleux au cou, qui, en s'abcédant successivement, avait donné lieu à des ulcères sanieux, fongueux, avec décollement de la peau, de l'étendue d'une pièce de 2 francs à celle de 5 francs, blafards, à bords cuivreux et décollés; le malade en avait six le 10 mai 1857. Après avoir cautérisé, ravivé les ulcères par le nitrate d'argent et détruit, au moyen du caustique de Vienne, les parties de la peau, non susceptibles d'adhérences et de cicatrisation, M. Cazin administra le suc de tussilage, d'abord à la dose de 60 grammes chaque matin, et peu à peu jusqu'à 100 grammes, ainsi que la décoction de feuilles sèches de la même plante (50 grammes pour 1 kilogramme d'eau pour boisson dans la journée). Dès le huitième jour, modification des ulcères; au quinzième, ils marchaient vers la cicatrisation. Au bout de deux mois, il ne restait plus que quelques engorgements cellulaires, qui ont cédé à la continuation du traitement, complété d'ailleurs par l'emploi du suc de gentiane et des feuilles de noyer. — M. Cazin fait remarquer que l'action antiscrofuleuse du tussilage se manifeste beaucoup plus promptement que celle des feuilles et du brou de noix; mais que celle-ci, pour se faire attendre, n'en est pas moins certaine; de sorte que ces deux végétaux combinés, employés simultanément ou successivement, dans les mêmes cas, offrent de grandes ressources aux praticiens des campagnes, dans le traitement des affections scrofuleuses.

Ténia (*Nouveau fait à l'appui de l'administration de la pâte de semences de citrouille contre le*). A l'appui des faits déjà assez nombreux que nous avons consignés dans ce journal, relativement à l'emploi des semences de citrouille contre le ténia, nous rapporterons le fait suivant, que nous trouvons dans l'excellent ouvrage de M. Cazin. Un enfant de cinq ans, lymphatique, pâle, amaigri, aux yeux ternes et cernés, éprouvait depuis un an environ des douleurs vives et instantanées dans l'abdomen avec boursouflement de cette région; accès fréquents de dyspnée, alternatives d'inappétence et d'appétit vorace, troubles dans les digestions, nausées, efforts de vomissement, et, pendant la nuit, réveil en sursaut, frayeurs, grincements de dents, tintements d'oreilles, salivation. M. Cazin reconnaît que des vers rendus par l'enfant sont des débris de ténia. Administration, à huit heures du matin, de 30 grammes de semences de citrouille pilées avec

autant de sucre. A huit heures du soir, une portion de ver de 40 centimètres est rendue dans une selle. Le lendemain, à neuf heures du matin, même dose de semences de citrouille et de sucre. A neuf heures du soir, le même jour, c'est-à-dire douze heures après, comme la première fois, expulsion de 5 mètres environ de ténia, accompagnés d'un grand nombre de petits fragments détachés; cette portion offre à l'une de ses extrémités un cou non articulé, menu, étroit, aplati, déprimé, se terminant par un petit renflement; à la loupe, on y découvre les points noirâtres indiquent les suçoirs. Le malade reste faible est mis à l'usage des amers, des ferrugineux, et d'un régime analeptique; sommeil paisible, les fonctions digestives s'améliorent peu à peu, et tout fait espérer un prompt rétablissement.

Ulcère chronique de l'estomac; *guérison par l'extrait de laitue vireuse*. Nous empruntons à l'excellent ouvrage de M. Cazin le fait intéressant qui suit. — Bien que le diagnostic de l'affection de l'estomac ne soit pas inattaquable, le fond reste avec son enseignement au point de vue de l'emploi de l'extrait de laitue vireuse dans les affections graves de l'estomac. Une dame de soixante-quatorze ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, était atteinte depuis dix-huit mois environ d'une affection très-douloureuse de l'estomac, d'abord avec digestions pénibles, ensuite avec vomissement des aliments ingérés. Au moment où M. Cazin est appelé à lui donner ses soins, elle est dans l'état suivant : émaciation, altération des traits, teint jaunâtre, expression de souffrance, affaiblissement, pouls régulier, assez développé, contrastant, quoique non fébrile, avec l'absence presque complète d'alimentation, haleine très-fétide, constipation opiniâtre, et parfois, depuis quelques jours, déjections accompagnées de caillots sanguins, mélaniques, plus ou moins abondants; douleur à la partie supérieure de l'épigastre, circonscrite, augmentant par le toucher, occupant l'espace d'une pièce de 5 francs, s'étant fait sentir graduellement depuis le début de la maladie et comparée par le malade à une plaie qui lui fait vomir tout ce qu'elle prend. Cet état, aggravé par l'abus des purgatifs, est arrivé à tel point qu'une demi-cuillerée de bouillon provoque le vomissement et propage la douleur, avec spasme, dans toute l'étendue de l'œsophage. Le lait et l'eau froide sucrée par demi-cuillerées d'heure en heure sont seuls supportés. L'opium, le sirop de codéine augmentent constamment les douleurs et les vomissements. Application d'un emplâtre d'opium *loco dolenti*, et administration de 10 centigrammes d'extrait de laitue vireuse dans un peu d'eau sucrée ; cette dose est portée le lendemain à 30 centigrammes sans provoquer ni douleurs, ni vomissements. On arrive progressivement, et en six jours, à la dose de 1 gramme 25 centigrammes à prendre en deux fois dans la journée. Dès lors, la douleur diminue, les vomissements deviennent plus rares, la constipation cesse; une selle molle chaque jour; la malade peut tripler la quantité de lait et y ajouter même parfois un peu d'arrow-root. Après un mois, la dose d'extrait, graduellement augmentée, est de 10 grammes et de 15 grammes au bout de quarante-cinq jours. A cette époque les vomissements ont complétement cessé, et le mieux se fait rapidement sentir. Les aliments féculents sont donnés par petites demi-tasses; le jaune et le blanc d'œuf, battus avec du sucre, sont pris par demi-cuillerées plusieurs fois par jour. Enfin les fonctions digestives se rétablissent de plus en plus; la malade reprend peu à peu une nourriture plus solide (pain et viande); ses forces reviennent assez rapidement, et la guérison se complète dans l'espace de trois mois environ.

Vésicatoire *dans le traitement de la phlébite*. On sait les avantages que donnent journellement, dans la pratique, les larges vésicatoires volants pour obtenir la résolution d'une phlegmasie parenchymateuse ou d'un engorgement inflammatoire du tissu cellulaire. Le grand vésicatoire jouit d'une véritable propriété abortive, qui a fait ériger son emploi par quelques praticiens éminents, par M. Velpeau entre autres, en méthode régulière. Frappé de ces avantages, M. Nonat eut l'heureuse idée, il y a une dizaine d'années, d'essayer l'usage de ce moyen dans la phlébite suite de saignée. Chez le premier malade atteint de phlébite, qu'il traita ainsi, par l'application d'un vésicatoire sur tout le trajet de la veine enflammée, il put constater dès le lendemain que la phlébite était enrayée dans sa marche. Tous les phénomènes morbides avaient déjà perdu de leur intensité, et dans

l'espace de quelques jours les accidents étaient conjurés. Dans trois autres cas semblables, les effets du vésicatoire furent les mêmes, aussi favorables et aussi rapides que la première fois.

Encouragé par ces succès, M. Nonat a pensé que le même traitement pourrait être appliqué aux phlébites spontanées des membres, à ces phlébites qui se développent durant la convalescence de certaines maladies, et en particulier de la fièvre typhoïde. Voici le résultat qu'il a obtenu dans un cas qu'il a communiqué récemment à la Société de médecine du département de la Seine.

Une jeune fille de seize ans fut atteinte d'un œdème de la jambe gauche à la suite d'une fièvre typhoïde. Cet œdème était dû, ainsi qu'il fut aisé de s'en assurer, à la présence d'une phlébite spontanée occupant les veines principales du membre affecté. M. Nonat fit placer le membre sur un plan légèrement incliné, et il eut recours aux médications généralement employées en pareil cas. L'œdème résista longtemps à l'usage des fomentations d'abord émollientes, puis résolutives, et, à raison du gonflement habituel de la jambe dans la station debout, la malade fut contrainte de porter un bas lacé; au bout de plusieurs années elle ne pouvait s'en passer.

Deux ans plus tard, cette même malade contracta un nouvel œdème qui envahit la jambe du côté opposé. Comme la première fois, cet œdème était sous la dépendance d'une phlébite des veines principales de la jambe droite. Au lieu de couvrir le membre malade de fomentations émollientes, M. Nonat fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires volants sur toute l'étendue qu'occupait la phlébite; le gonflement œdémateux diminua plus rapidement que la première fois, et au bout d'un mois il avait entièrement disparu.

Avant ces essais de M. Nonat, et sans qu'il en ait eu connaissance, M. le docteur Bermond, de Bordeaux, avait déjà observé les bons effets de l'emploi des vésicatoires volants dans la phlébite. Pendant l'exercice de ses fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, il a rendu, dit-il, ses élèves témoins de la facilité avec laquelle les phlébites suites de saignée étaient enrayées dans leur marche, et de suppuratives devenaient adhésives. M. Bermond a l'habitude de donner au vésicatoire, dont le centre doit correspondre à la piqûre enflammée et béante de la veine, une grandeur suffisante pour couvrir les cordons veineux tuméfiés en dessus et en dessous de la plaie. (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1858.)

Vomissements incoercibles (*Paracentèse du thorax pratiquée avec succès dans un cas de*). Jusqu'à présent la paracentèse thoracique n'avait jamais été, que nous sachions, pratiquée dans le but d'obvier à des troubles affectant spécialement les fonctions de l'estomac. Le fait suivant, qui a été communiqué à la Société harvéienne par le docteur Hamilton Roe, son président, au nom de M. Heslop, de Birmingham, en est un intéressant exemple, qui probablement n'aura pas lieu d'être souvent imité, mais que néanmoins nous croyons utile de mettre sous les yeux des praticiens, parce qu'il montre combien la nature a de ressources, même dans des cas qui paraissent désespérés, lorsqu'elle est mise à même de remplir les fonctions immédiatement nécessaires à l'entretien de la vie.

Une jeune fille de vingt ans était affectée, depuis deux mois, d'épanchement dans la cavité pleurale gauche. Elle était tombée dans un amaigrissement extrême, elle avait des sueurs nocturnes, etc.; de plus, aucun aliment, de quelque espèce que ce fût, n'était gardé par l'estomac : la malade vomissait tout ce qu'elle prenait. Comme les moyens ordinaires restaient sans succès et qu'évidemment, dans de telles conditions, la patiente devait bientôt périr d'inanition, le docteur Heslop crut devoir recourir à la paracentèse. Deux pintes de liquide furent évacuées, et cette opération amena un soulagement immédiat et complet, qui fut suivi d'une guérison rapide. M. Heslop ajoute que pour se décider à l'emploi de ce moyen, il fut conduit par des considérations analogues à celles qui déterminent l'accoucheur à provoquer prématurément le travail de la parturition, lorsque l'existence de troubles graves vers des fonctions importantes, telles que celles de l'estomac, vient indiquer cette pratique. (*The Lancet*, août 1858.)

VARIÉTÉS.

Le cuivre n'est pas un poison, et les ustensiles de cuisine en cuivre ne sont pas dangereux.

Bien que les physiologistes et les chimistes aient démontré nombre de fois que le cuivre se retrouve dans diverses parties du corps des animaux domestiques et de l'homme, et que nous le fassions entrer journellement dans les combinaisons les plus variées avec les aliments les plus divers, sans qu'il se produise de symptômes d'empoisonnement; bien que plusieurs pathologistes aient fait valoir des expériences dans lesquelles l'emploi du cuivre comme médicament, à doses souvent élevées, n'a pas amené de symptômes d'empoisonnement, cependant c'est une opinion généralement répandue que « le cuivre est vénéneux. » Outre les médecins qui ont mis cette opinion en doute, Rademacher l'avait déjà traitée de fable. « Cela fait vraiment peu d'honneur aux professeurs de médecine, dit-il, d'avoir tenu si longtemps ce mensonge pour vérité, lorsqu'il leur était si facile de refaire l'expérience par eux-mêmes et que cela leur eût coûté si peu de peine. »

Le docteur Toussaint a fait à ce sujet de nombreuses expériences à Kœnisberg, en Prusse, tant sur lui-même que sur les malades des hôpitaux, et dans un gros mémoire où se trouvent les détails les plus complets il en communique les résultats, qui confirment ce que nous avancions plus haut.

De ces expériences, intéressantes et importantes au plus haut point, il résulte :

1° Que le cuivre pur, l'oxyde noir de cuivre et le sulfure de cuivre ne peuvent entraîner aucun trouble dans la santé, non plus que le chlorhydrate de cuivre ammoniacal à la dose de vingt gouttes dans la liqueur de Köchlini ;

2° Que le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 7 grammes, l'iodure de cuivre à celle de 8, le phosphate de cuivre à celle de 10, le carbonate de cuivre à celle de 10, l'azotate de cuivre à celle de 14, l'acétate de cuivre à celle de 14, causent d'abord des vomissements, mais qu'on peut cependant en administrer des quantités bien plus considérables par jour, à doses fractionnées, sans qu'il se produise d'accidents ;

3° Que la nourriture que l'on donne en même temps n'a aucune influence sur l'action de ces médicaments ;

4° Que les sels de cuivre, ceux qui sont solubles comme ceux qui ne le sont pas, ne se retrouvent pas dans l'urine ;

5° Que l'on ne rencontre point ces symptômes, indiqués dans tous les livres comme se manifestant à la suite d'un long usage des préparations de cuivre : cercle bleu au-dessous des yeux, sensation douloureuse à la pression du ventre, vomissements fréquents, mouvement fébrile marqué, etc.

On est encore loin d'être fixé sur ceci : y a-t-il empoisonnement chronique par le cuivre? y a-t-il colique de cuivre? Les auteurs anglais, français, ont décrit ces maladies, et ces bons Allemands ont reproduit les descriptions sur la foi des étrangers. Les médecins qui ne vont point prendre les faits dans les livres, mais qui s'appuient sur l'expérience d'une longue pratique, ne connaissent ni empoisonnement chronique par le cuivre, ni colique de cuivre, ils soutiennent au contraire que tous les ouvriers qui travaillent le cuivre se distinguent des autres ouvriers par le bon état de leur santé. Ainsi Rademacher, Burg, Audouard, Pietra-Santa [1] et Toussaint sont pour cette opinion.

---

[1] Voici les conclusions du mémoire sur la *non-existence de la colique de cuivre*, que M. Pietra-Santa a lu récemment à l'Académie des sciences :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre, sans altération appréciable de sa santé ;

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidents ;

3° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du dix-hui-

Lorsque apparaissent réellement chez les ouvriers qui travaillent au cuivre les symptômes que l'on a d'ordinaire décrits jusqu'ici comme produits par le cuivre, ce sont seulement, d'après Toussaint : 1° des maladies de froid ; 2° des maladies de l'intestin à la suite d'irritation mécanique, qui se présentent également chez les ouvriers des autres états ; 3° des symptômes morbides causés par les métaux qui sont souvent mêlés au cuivre ; ainsi le plomb, le zinc, l'arsenic.

En considérant la nature métallique du cuivre et son poids spécifique élevé, on ne peut contester que dans certains cas, non dans tous, où il avait été administré à une dose relativement élevée, il n'ait causé la mort ; mais nous nions complétement qu'il puisse troubler la santé et causer parfois un affaiblissement persistant, comme le sublimé, l'arsenic. On peut donc affirmer avec raison que « le cuivre n'est pas un poison. »

Au sujet de l'innocuité des ustensiles en cuivre, question d'autant plus importante que, si l'on peut se passer de ces ustensiles dans les ménages, ils sont indispensables dans les grands établissements de pâtisserie et pour la cuisson du maïs, dans la distillation de la bière et de l'eau-de-vie, Toussaint fait d'abord ces remarques historiques, que : depuis l'époque la plus reculée jusqu'à nos jours on paraît avoir eu peu d'appréhension pour les instruments de cuisine en cuivre ; que pour la première fois, dans le siècle précédent, on cherche à démontrer cette action, et qu'on a écrit jusqu'à nos jours sur ce sujet, le plus ancien ouvrage paraissant être de Schulze (1722), et le plus récent de Pleischl (1852) ; mais déjà en 1754 Eller, s'appuyant sur des expériences chimiques, avait démontré l'innocuité des ustensiles de cuisine en cuivre. Toussaint a fait de plus par lui-même deverses recherches et expériences, qu'il donne également dans tous leurs détails. Il en ressort ceci :

1° On peut faire cuire pendant un temps fort long des aliments dans un ustensile de cuisine en cuivre, sans préjudice pour la santé, pourvu qu'on vide cet ustensile aussitôt après la cuisson.

2° Le vinaigre et autres acides végétaux détruisent le cuivre pendant la cuisson, ainsi que le sel de cuisine, mais en quantité si faible, qu'il n'en peut résulter de troubles de la santé.

3° L'eau, le lait, la bière, le café, la graisse pure peuvent se refroidir dans des vaisseaux de cuivre sans les attaquer.

4° Au contraire les aliments qui contiennent des acides, en se refroidissant dans des vaisseaux de cuivre, détruisent ce métal en grande quantité, amènent des symptômes d'empoisonnement, mais, d'après lui, ne peuvent jamais causer la mort. Le nerf vague fournit alors un préservatif certain, des vomissements ont lieu aussitôt que les aliments renferment une dose trop considérable de sels de cuivre ; il y a alors empêchement naturel à l'absorption d'une quantité plus grande de nourriture.

D'après cela les moyens préservatifs à prendre contre les ustensiles de cuivre consistent donc seulement dans des précautions suivantes : 1° les fabriquer avec du cuivre pur, et qui ne soit allié ni au plomb, ni à l'arsenic ; 2° ne s'en servir que quand ils sont propres et polis ; 3° ne point les employer pour faire cuire des aliments contenant des acides et ne point laisser les aliments se refroidir dans les ustensiles fabriqués avec ce métal.

Comme conclusion à son mémoire, Toussaint soumet à une critique sévère les cas d'empoisonnement par le cuivre donnés par les auteurs, pour faire voir avec quelle facilité et quelle légèreté on a rangé sous ce titre les observations. Ceux qui laissent le plus de prise à la critique sont les cas donnés depuis 1802 comme prototypes d'empoisonnement par le cuivre, et figurant dans le *Traité des empoisonnements* de Drouard, ainsi que les cas cités d'après un professeur

---

tième siècle, et plus près de nous par MM. Blanchet, Michel-Lévy, Corrigan et autres, n'existe pas ;

4° Les phénomènes énoncés par ces autorités doivent se rapporter à d'autres causes ayant agi simultanément sur l'organisme ;

5° Le liséré rouge pourpre des gencives, signalé par Corrigan, comme un trait particulier de l'empoisonnement cuivreux, n'a pas la constance et la généralité qu'on lui attribue.

connu de Vienne, et s'appuyant, non sur des expériences chimiques, mais sur ses convictions rapportées d'après les journaux et les *on dit*. Comme on se fût moqué de l'historien, remarque Toussaint, qui eût voulu écrire l'histoire d'après les journaux!

— M. Bouchardat, en reproduisant cette analyse du *Casper's Virteljahrschrift*, ajoute : « *A dose élevée*, les composés cuivreux empoisonnent ; le nier serait une grande erreur ; *à dose altérante*, ils ne sont pas dangereux ; l'effet d'une dose ne s'ajoute pas comme pour le plomb, qui est un métal traître à cet égard. »

Empoisonnement par les cigares arsenicaux. — Le professeur Bunsen (de Heidelberg) a soulevé une question d'un grand intérêt pour les fumeurs, c'est la possibilité d'un empoisonnement, en introduisant de l'arsenic dans un cigare. Les expériences du laboratoire ont démontré que la quantité d'acide arsénieux qui peut pénétrer dans la bouche est d'environ 5 à 7 centigrammes, lorsque le cigare a été imprégné d'une solution d'arsenic, et que la quantité aspirée sous forme de fumée est à peu près d'un huitième de grain lorsque l'arsenic est employé sous forme solide. Ces recherches ont été faites à l'occasion d'un empoisonnement récent à Gênes. La précision des indications fournies par la chimie démontre que la constatation de la présence du poison n'est pas moins possible dans ce cas que lorsqu'il est ingéré par un autre mode.

Programme des questions mises au concours par l'Académie royale de médecine de Belgique pour les années 1858 *à* 1861. — Première question : « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies particulières aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères du royaume. » Prix : une médaille d'or de 600 francs et une somme de 1,600 francs, offerte par les Commissions administratives des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi. — Deuxième question : « Discuter la valeur des diverses méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique. » Prix : une médaille d'or de 800 francs. — Troisième question : « Déterminer la nature et l'étiologie des états morbides considérés, chez le cheval, sous le nom vague d'*influenza* ; faire ressortir les rapports qu'ils peuvent avoir avec les affections typhoïdes de l'homme, et exposer les médications qui leur sont le mieux appropriées. » Prix : une médaille d'or de 1,000 francs. — Quatrième question : « Faire une appréciation raisonnée des services que les médecins belges ont rendus à la médecine et aux branches d'études qui s'y rapportent, la vétérinaire exceptée, pendant les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles. » Prix : une médaille d'or de 1,000 francs. — Cinquième question : « Déterminer, par de nouvelles expériences sur les mammifères, les rapports qui existent entre l'oxygène absorbé par les poumons et l'acide carbonique exhalé par la peau ; préciser l'influence exercée sur cet échange gazeux par le repos, le mouvement, la température et l'alimentation. » Prix : une médaille d'or de 1,500 francs. — Sixième question : « Exposer l'état actuel de la science, quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. » Prix : une médaille d'or de 800 francs. — Les Mémoires manuscrits, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir ; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles, savoir : pour la première question, avant le 1er avril 1860 ; pour les deuxième et troisième, avant le 1er juillet de la même année ; et pour les autres questions, avant le 1er juillet 1861.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la France est enfin constituée, ou mieux autorisée. Dans l'arrêté de M. le ministre de l'intérieur, nous lisons que l'Association se composera d'une *Société centrale*, dont les statuts et les règlements seront soumis à son approbation, tandis que les statuts et règlements des *Sociétés locales* seront soumis à l'approbation des préfets des départements dans lesquels les Sociétés seront établies. Un décret de l'Empereur, sur le rapport du ministre, nomme M. Rayer président de l'Association générale. — Nous espérons pouvoir publier prochainement les statuts tels qu'ils ont été approuvés.

Emploi du charbon pour rincer les bouteilles. — M. Ed. Harms conseille l'emploi de charbon animal pour nettoyer les bouteilles qui contiennent un reste de matière résineuse ou d'huile empyreumatique. On met un peu d'alcool dans la bouteille, on en humecte la surface interne, puis on y met du charbon animal et de l'eau, et on secoue fortement.

L'action du charbon, dans le cas dont il s'agit, repose sur la propriété qu'il possède de s'emparer de l'alcool mélangé aux liquides aqueux, de telle sorte que la matière résineuse ou les huiles empyreumatiques restent emprisonnées entre les pores du charbon. L'eau du lavage ainsi obtenue est claire et non laiteuse.

Par arrêté en date du 23 août dernier, sont nommés à l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand : — *Professeur titulaire de clinique interne* : M. Tixier-Gourbeyre, en remplacement de M. Lavort, décédé; — *Professeur titulaire de matière médicale* : M. Imbert-Gourbeyre, en remplacement de M. Pourcher, décédé ; — *Professeur titulaire d'anatomie et de physiologie* : M. Nivet; — *Professeur adjoint de pathologie interne* : M. Bourgade, en remplacement de M. Peghaux, décédé. — *Professeur adjoint de pathologie externe* : M. Boudant, en remplacement de M. Tixier-Gourbeyre, nommé professeur titulaire ; — *Professeur suppléant* : M. Auclerc, docteur en médecine, en remplacement de M. Imbert-Gourbeyre, nommé professeur titulaire.

Pour l'exécution des dispositions du décret impérial du 12 juin 1856, relatif au recrutement du corps de santé de l'armée de terre, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élèves du service de santé militaire à l'Ecole établie près la Faculté de Strasbourg s'ouvrira : à Strasbourg, le 11 novembre 1858 ; à Lyon, le 18; à Montpellier, le 21 ; à Toulouse, le 24; à Bordeaux, le 27 ; à Paris, le 2 décembre.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Jaux, médecin major au 13e de ligne ; — Gestin, médecin des hospices de Quimper; — Janin, médecin en chef de l'hôpital du Mans; — Lediberger, médecin à Vannes; — Beaugendre, médecin à Quimperlé.

Ont été nommés au même grade, en récompense de leur belle conduite à l'attaque et à la prise des forts du Peï-Ho (mers de Chine) : MM. Lucas, Santelli, Bienvenue, Aurran, chirurgiens de deuxième classe de la marine.

Par un décret impérial du 28 août 1858, rendu sur le rapport de l'amiral ministre de la marine, M. Roger (Henri-François), chirurgien auxiliaire de troisième classe, a été nommé exceptionnellement chirurgien entretenu de troisième classe, à l'occasion de sa belle conduite à l'attaque et à la prise des forts du Peï-Ho (mers de Chine).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique, en ce qui concerne le traitement de la chorée.

Par le docteur H. Bourguignon, lauréat de l'Institut (¹).

Je m'étonne, eu égard au rôle et à l'importance donnés au principe rhumatismal comme cause de la chorée, que le sulfate de quinine à haute dose, modificateur du sang aussi puissant que le tartre stibié, n'ait pas triomphé de la maladie, et encore plus héroïquement que l'émétique. Si une expérience faite sur une large échelle démontrait son inefficacité, il faudrait, suivant l'aphorisme : *Naturam morborum ostendit curatio,* croire qu'on a beaucoup exagéré l'influence de la diathèse rhumatismale sur la production de la chorée. Voici, en attendant, un exemple de guérison due à l'action du sulfate de quinine.

Obs. La nommée Poujol (Anna), âgée de dix-sept ans, entre, le 28 août 1852, salle Sainte-Cécile, n° 64, à l'hôpital Beaujon. — Elle n'a jamais fait de maladies graves ; de tout temps, elle a été sujette à des maux d'yeux, et, à l'âge de cinq ans, elle fut atteinte d'une affection de ces organes qui la rendit aveugle pendant dix-huit mois. Aujourd'hui, elle porte des traces d'affections chroniques des yeux ; les bords libres des paupières sont épaissis, rouges, et les cils en ont disparu en grande partie.

La menstruation s'est établie à quatorze ans, peu abondamment, mais régulièrement tous les mois.

Elle prit, il y a deux ans, des bains de vapeur, à Saint-Louis, pour des douleurs qu'elle éprouvait dans les jambes, dans les bras, le dos, etc., et qui occupaient sans fixité à peu près tous les points du corps : elle guérit.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle se refroidit et ressentit du frisson ; les bras ne tardèrent pas à se couvrir de boutons qui la démangeaient beaucoup et qui ont disparu, d'ailleurs, au bout de quelques jours. Huit jours après, des douleurs se firent sentir dans les articulations du coude, du poignet, du genou et du pied du côté droit, et s'accompagnèrent d'un certain gonflement de ces articulations. Elle remarqua, en même temps, que quand elle travaillait, quand elle voulait coudre, il se faisait dans son bras droit des contractions qu'elle ne pouvait vaincre et contre lesquelles elle essayait en vain de se roidir. Rien de semblable n'existait encore dans la jambe droite. Mais il n'en fut pas longtemps ainsi, et, quatre ou cinq jours après, le bras et la jambe droits et la moitié droite de la face étaient devenus le siége de mouvements choréiques qui la décidèrent à entrer à l'hôpital.

(¹) Suite et fin. — Voir la livraison du 30 août, p. 145. — Le début de cette partie du travail de M. Bourguignon est consacré aux essais tentés avec le tartre stibié à haute dose, comme traitement de la chorée ; les articles que nous avons publiés sur ce sujet sont et trop récents et trop complets pour que nous ayons cru pouvoir reproduire le nouvel exposé qu'en donne notre confrère. (*Note du Rédacteur.*)

C'est une jeune personne à peau fine et blanche, aux cheveux châtains, à tempérament lymphatique très-prononcé. Ses règles paraissent chaque mois, mais peu abondantes et de peu de durée ; pas de flueurs blanches. L'appétit est bon. On entend au cœur un prolongement légèrement soufflant du premier temps, et dans les carotides un chant musical des plus prononcés.

Les articulations du pied et du genou droits, du poignet et du coude du même côté sont le siége d'un gonflement léger qui dure depuis trois jours, et la malade y ressent des douleurs qui augmentent à la pression ; les mouvements de ces articulations y provoquent aussi un peu de douleur. Ces symptômes n'offrent pas un grand degré d'acuité, et, au moment de l'entrée à l'hôpital, ils sont déjà arrivés à leur période de déclin. Lorsqu'on examine cette malade, couchée dans son lit, et que les membres reposent horizontalement, on voit la jambe droite agitée des mouvements contre lesquels la volonté est impuissante, mouvements de flexion et d'extension de la cuisse et de la jambe, ainsi que du pied, qui décrit aussi des mouvements de rotation. La même chose a lieu dans le bras droit, mais principalement dans l'avant-bras, qui s'étend, se fléchit, se tourne et se retourne en dedans et en dehors, et dans les doigts, qui se meuvent en tous sens, malgré les efforts de la malade et sans qu'elle en ait presque conscience lorsque son attention n'est pas attirée là-dessus. Les objets qu'elle tient s'échappent de sa main. Des contractions musculaires du même genre se remarquent sur la moitié droite de la face, qui est le siége de quelques grimaces.

Des boutons semblables à ceux qui se sont développés quinze jours auparavant se sont reproduits deux ou trois jours après l'admission de la malade à l'hôpital : ils consistent dans des espèces de soulèvements du derme épaissi, en forme de plaques, à peu près comme dans l'urticaire, mais différant de cette dernière maladie par leur coloration rouge, par leur peu d'étendue et par leur multiplicité. Ils s'accompagnaient d'une forte démangeaison et disparurent au bout de quelques jours sans desquammation.

L'appétit n'a pas été interrompu, et la malade a mangé, le premier jour, une portion ; le second jour, on l'a mise à deux portions, qu'elle a conservées jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Pour traitement, tous les jours : 1gr,50 de sulfate de quinine, dont l'usage a été continué pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Tous les soirs, une pilule d'opium.

Elle sort le 11 septembre 1852, parfaitement guérie.

Des pathologistes ont attribué la chorée à la chlorose, d'autres à la paralysie : *Mihi vero paralytica potius affectio videtur, a resolutione musculorum orta*, etc. (Richard Mead, *Imperium solis ac lunæ in corpora humana*, p. 17) ; et l'on comprend qu'ils aient basé leur traitement sur les analeptiques et les ferrugineux. C'est ainsi que Cullen, Murray, Chaptal ont conseillé la décoction de quinquina ; et Fischer, Elliotson, Baudelocque et Bouneau les préparations ferrées. Il est certain que le traitement par les toniques, quand la chlorose est nettement prononcée, ou quand l'organisme en langueur a besoin d'être stimulé, convient à titre de médication plutôt adjuvante qu'exclusive, mais on n'oubliera pas la

fréquence de la constipation chez les choréiques, et la tendance du fer à l'augmenter.

On a encore cherché à se rendre maître des mouvements choréiques à l'aide des anesthésiques : l'éther et le chloroforme. MM. les docteurs Prévost, Fuster, Marsh ont publié quelques cas de guérisons dues à cette médication. Mais c'est surtout M. le docteur Géry fils (¹), qui a appelé l'attention sur l'efficacité du chloroforme dans les chorées aiguës, incoercibles, qui menacent la vie des malades. Il cite plusieurs exemples de guérisons fort remarquables, obtenues par l'inspiration de 10 à 15 grammes de chloroforme. Tous les enfants ont montré une tolérance qui serait un encouragement pour le praticien, surtout dans les cas désespérés.

Traitement local ou externe, comprenant la gymnastique, les bains, l'électricité, etc. — Dans cette médication, l'exercice régulier des muscles, la stimulation de la peau par les ablutions froides ou chaudes, l'excitation produite par le courant électrique, réagissent nécessairement sur l'ensemble des fonctions ; si l'effet immédiat est local, l'action consécutive est générale.

Gymnastique. — Darwin, Mason Good, Lonnet-Lamaire, constatant chez les choréiques le défaut d'ordre et de pondération dans les mouvements, l'affaiblissement de la contractilité musculaire, eurent l'idée de remédier à ces désordres en soumettant les enfants à des jeux réguliers, au saut de la corde. Plus tard, MM. Bouneau, Baudelocque, Guersant, Blache, satisfaits des résultats que la gymnastique opérait sur la santé des petits malades scrofuleux, et ne se dissimulant pas qu'un défaut d'activité dans la nutrition se reliait le plus souvent aux troubles fonctionnels de la chorée, généralisèrent l'application de ce traitement hygiénique. Ils pensèrent que l'attention sollicitée à se fixer sur les ordres et les commandements du gymnasiarque, que les muscles soumis à des mouvements mesurés, que la stimulation morale produite par l'exercice en commun, que l'activité plus grande imprimée à la circulation, et surtout qu'une diffusion plus générale de l'excitation nerveuse sur tous les points de l'économie, auraient sur l'ensemble de l'organisme un effet salutaire, et les choréiques furent conduits au gymnase, quel que fût d'ailleurs le degré de leur maladie. L'expérience confirma leurs prévisions, et les petits malades guérirent lentement, il est vrai, mais en jouant. Il va sans dire que cette gymnastique médicale, qui, bien comprise, produirait une véritable régénération dans

(¹) Voir le *Bulletin de thérapeutique*, t. XLVIII, p. 193.

les deux tiers de l'espèce humaine, n'est point un exercice d'acrobates, mais la mise en activité méthodique de toutes les facultés qui président aux fonctions si multipliées des mouvements. L'ordre, le commandement s'adressent à l'esprit, à l'audition ; l'exemple, aux yeux ; l'action lente ou précipitée, aux systèmes nerveux et musculaire; la lecture, le chant, à l'entendement et à la parole.

Bientôt, sous l'influence de cette excitation générale, la nutrition s'opère avec plus de régularité, elle change les qualités du sang, modifie les quantités, sinon les qualités de l'influx nerveux ; elle réveille la calorification, et toute cette transformation physiologique porte à la fois et sur le muscle isolé menacé de paralysie, et sur la sensibilité et la motilité qui mettent en jeu l'organisme tout entier.

Ce traitement, car on peut donner ce nom à cette judicieuse application de l'hygiène, employé à temps, aurait non pas guéri, mais, ce qui eût été encore préférable, prévenu la maladie.

Bains sulfureux. — Tout ce que je viens de dire de l'action modératrice de la gymnastique s'applique en grande partie au traitement par les bains sulfureux. Ces derniers agissent, en effet, en tonifiant et en stimulant ; ils répandent sur toute la surface du tégument une excitation qui tendait à s'accumuler avec excès sur certaines régions ; ils opèrent, qu'on me passe cette expression, une gymnastique latente, révulsive, d'abord localisée sur l'appareil si important de la sensibilité cutanée, qui préside aux fonctions du tact, du toucher ; puis, de la superficie l'excitation gagne les muscles, le système nerveux, et bientôt toutes les fonctions concourent à ramener l'organisme aux lois physiologiques dont il s'était écarté.

A M. Baudelocque revient l'idée de traiter la chorée par les bains sulfureux, et le mérite d'en avoir réglé l'administration ; car on suit encore aujourd'hui le mode de traitement qu'il a conseillé, et qui consiste à faire prendre tous les jours, et pendant une heure, un bain contenant 120 grammes de sulfure de potassium solide. On constate quelquefois, au bout de deux ou trois jours, une amélioration notable dans l'état du malade, ses mouvements sont moins saccadés, ils obéissent plus docilement et plus intelligemment à sa volonté ; le plus souvent, le calme est plus long à se produire, ce n'est qu'au dixième ou au quinzième jour qu'il se manifeste, mais alors il est plus régulier et plus fixe. Ce mode de traitement, comme tous les autres, trouve des cas rebelles : c'est, quand il y a de la fièvre, une inflammation des séreuses ; c'est quand la peau est excoriée et l'irritation ressentie portée jusqu'à la douleur ; c'est quand la poussée sulfureuse vers la peau va jusqu'à produire un véritable prurigo.

On serait porté *à priori* à associer les bains sulfureux et la gymnastique, et c'est, comme nous l'avons dit, ce que font la plupart des médecins de l'hôpital des Enfants; cependant, M. Sée, très-bon juge en pareille matière, rejette toute médication adjuvante : il conseille de seconder l'action des bains tout simplement par un bon régime, des boissons légèrement excitantes, et l'usage d'un vin généreux.

Je n'ai garde d'oublier, pendant que je traite de l'action des bains sulfureux, l'usage, plus anciennement adopté, des bains froids par immersion lente ou subite. Dupuytren, qui considérait peut-être la chorée comme une névrose, analogue sous quelques rapports à la fièvre intermittente, prétendait qu'aucune chorée ne résistait à l'immersion par surprise dans un bain à la température de dix à quinze degrés. Je ne doute pas que l'hydrothérapie moderne, maniée avec intelligence et à propos, n'apporte aussi son contingent de guérisons ; car la durée de l'affusion et sa température peuvent en faire, à volonté, ou une cause ou un moyen curatif de la chorée.

Dès que la gymnastique et les bains sulfureux agissant comme stimulants locaux et généraux guérissent la chorée, on comprend que l'*électricité*, cet excitateur par excellence du système nerveux et des fibres musculaires, pourra concourir à la médication antichoréique.

Dehaen et Underwood, puis, en France, Meyran, furent, entre autres, très-partisans de ce mode de traitement, et, s'ils ont obtenu des guérisons en employant l'électricité comme on pouvait le faire, en se servant des appareils peu maniables qu'ils avaient alors à leur disposition, on doit facilement concevoir quelle ressource nous en pourrions tirer aujourd'hui. J'ai vu trois choréiques couchées dans les salles de MM. Rayer et Briquet, à la Charité, chez lesquelles l'électrisation, pratiquée par M. Bonnefin, a hâté et complété le traitement. On se servait d'un courant d'induction localisé ; mais ce serait peut-être le cas d'user du courant d'induction généralisé (dont j'exposerai les avantages quand je m'occuperai des paralysies), dans le but de porter l'excitation sur un plus grand nombre de points, et de ramener dans leurs voies naturelles les esprits animaux follement agités, comme aurait dit Sydenham.

L'utilité de provoquer, à l'aide du courant électrique, des contractions régulières, synergiques, dans des muscles obéissant à des excitations spasmodiques déréglées, ne saurait être contestable. On remédie ainsi à l'agitation perpétuelle des uns, et au repos atrophique des autres. — N'eût-elle que cet avantage, l'électricité serait déjà d'un usage important, mais elle agit également sur la circulation, sur la calorification; elle fait appel à la nutrition, elle

est à la fois dérivative et stimulante; et, comme son action généralisée s'étend à tout le système nerveux, peut-être a-t-elle, comme la strychnine, la propriété de produire une excitation favorable sur les foyers rachidiens et ganglionnaires de la sensibilité, et sur les racines postérieures qui en sont les voies expansatrices; et, à ce titre, les bains électriques agiraient sans doute aussi efficacement que les bains sulfureux.

Toute cette médication externe produit, en dernière analyse, un résultat identique; que la volonté commande impérieusement aux muscles de se contracter méthodiquement, ou que cette obligation de le faire leur soit imposée par le courant électrique, la circulation nerveuse et sanguine, l'activité digestive, assimilatrice, y trouvent du plus au moins toujours leur compte; et je ne comprendrais pas comment l'un de ces moyens exclurait l'autre, ce qui revient à dire que je trouverais de l'avantage à les associer dans la juste mesure des besoins physiologiques.

Les révulsifs cutanés, entre les mains de M. Gagnion, habile praticien de Vitry-le-Français, ont été d'une efficacité incontestable. Il m'a communiqué le résumé de trente choréiques, toutes du sexe féminin, guéries avant le quarante-cinquième jour du traitement, par l'usage de l'huile de croton-tiglium, des cataplasmes sinapisés et des ventouses sur toute la longueur du rachis [1]. Il joint à ces révulsifs les bains sulfureux ; les préparations de fer et surtout de quinquina, en raison de la constitution médicale de la localité; les purgatifs, principalement chez les enfants de la campagne, si souvent tourmentés par les vers; enfin la gymnastique en général : celle de l'entendement, en fixant fortement l'attention par des lectures ; celle du corps, en imposant aux malades des promenades à pied et surtout en voiture ; et, à défaut d'électricité, le massage répété plusieurs fois par jour. — J'aurais encore, pour ne rien oublier dans cette longue exposition des divers traitements conseillés, à parler des antispasmodiques, mais ils sont ici d'un effet encore plus contestable que dans les maladies franchement convulsives ; aussi les passerai-je sous silence.

Ce ne sont pas, comme on vient de le voir, les moyens d'action qui manquent pour combattre la danse de Saint-Guy; mais, sans

(1) A l'appui de l'emploi des révulsifs cutanés, M. Bourguignon aurait pu rappeler encore les bons effets obtenus de l'usage des vésicatoires, effets dont M. le docteur de La Harpe, médecin à Lausanne, a publié de si remarquables exemples. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 178.)

(*Note du Rédacteur.*)

vouloir dire : *Plura refero quam credo*, je pense qu'un choix est à faire au milieu de cette abondance de biens, et que ce qui convient dans un cas peut ne pas être aussi avantageux dans un autre. C'est pourquoi je crois utile de spécifier, en peu de mots, dans quelle circonstance tel traitement doit être préféré, en prenant en considération, soit la cause probable de la maladie, soit la prédominance d'une réunion de symptômes.

Si le sujet choréique à traiter avait été ou était actuellement sous l'influence de la diathèse rhumatismale, je m'adresserais aux contro-stimulants, aux hyposthénisants à haute dose, tartre stibié, sulfate de quinine, et même à l'iodure de potassium, et, une fois la guérison des désordres en quelque sorte aigus obtenue, je la consoliderais par l'administration prudente et modérée des toniques à l'intérieur, par l'usage de la gymnastique et des bains sulfureux, et je ne m'accuserais pas de manquer de logique, en faisant ainsi succéder la médication sthénique à l'asthénique. On peut juguler une maladie par des saignées, et se hâter de rendre au sang, à l'aide d'un régime stimulant et réparateur, les éléments qu'il a perdus.

Si le sujet choréique était chlorotique par tempérament, et si tous les signes stéthoscopiques m'en donnaient la certitude matérielle, s'il était anémique, je n'hésiterais pas à m'en tenir aux ferrugineux et aux bains sulfureux.

Si la diathèse strumeuse se dévoilait par quelque vice dans la charpente osseuse, par une hypertrophie des glandes lymphatiques, j'ajouterais les préparations iodées aux moyens que je viens d'indiquer.

Si la chorée paraissait tenir à une cause syphilitique, l'iodure de mercure, puis l'iodure de potassium, répondraient aux indications. Si aucune diathèse ne trahissait son action latente, j'interrogerais les causes physiologiques, professionnelles, hygiéniques. Aux choréiques en état de grossesse, j'interdirais, on le pense bien, le traitement externe excitant, réservé plus spécialement aux enfants, et je puiserais les bases de mon traitement dans la médication purgative, dérivative, calmante, sans me dissimuler l'inefficacité probable de ces ressources, en raison des influences hystériques en jeu, et ayant pour point de départ la présence du fœtus. Si la chloro-anémie, si fréquente pendant la gestation, avait une prédominance marquée, j'userais avec discernement de tous les moyens que la médication tonique met à notre disposition.

Aux choréiques masturbateurs énervés, ou épuisés par des pertes spermatiques, j'ordonnerais le bromure de potassium, dont je viens

de constater les merveilleux effets, à la dose de 2 à 4 grammes dans un julep, pris par cuillerée à bouche toutes les quatre heures. Chez ceux nerveusement surexcités par l'abus de toutes les jouissances de la civilisation, chez ceux que des passions désordonnées ont entraînés au delà de ce qu'ils pouvaient faire ou supporter, que des habitudes de luxe et de mollesse ont épuisés et rendus irritables, je supprimerais les habitudes vicieuses, parce qu'elles seraient une cause de perte plus grande que ne pourrait être la réparation.

Il va sans dire que les chorées partielles réclameront une médication appropriée, l'électricité, l'usage des topiques nerveux, l'immobilité des membres obtenue par des ligatures et des attelles.

Il est inutile d'insister longuement sur ce point : qui peut le plus peut le moins.

En un mot, je ferais la part de la diathèse concomitante, de la cause occasionnelle, sans jamais perdre de vue la chorée elle-même, puisque, dans l'état de nos connaissances, nous sommes obligés de l'accepter comme une entité morbide, curable cependant par le traitement opposé tout simplement à ses causes probables, à ses symptômes, à ses complications.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur les principales variétés de l'héméralopie et sur le traitement qui leur est applicable.

Par M. Ch. Deval.

§ I. *Précis pathologique.* — L'héméralopie (aveuglement de nuit, cécité nocturne, amblyopie crépusculaire de Sauvages, *visus diurnus* de Boerhaave) est une forme d'amaurose dans laquelle on voit dans la journée, tandis qu'on ne voit pas ou qu'on voit peu, tant que le soleil est sous l'horizon. Cette affection curieuse a donné lieu à des opinions variées, souvent contradictoires, et les traitements proposés ont dû se ressentir des idées théoriques, et fréquemment erronées, mises en avant pour en interpréter la production.

Wenzel, qui explique l'héméralopie par un état d'anésthésie du nerf optique et par le resserrement exagéré de la pupille, de telle sorte, dit-il, qu'il ne vient pas assez de rayons lumineux sur la rétine et que cette membrane n'en est que peu ou point ébranlée, propose de recourir à un traitement énergique, capable de produire dans l'organisation des secousses violentes. En voici l'effrayant ta-

bleau : Saignées, ouverture même de la veine jugulaire ou de l'artère temporale; tartre stibié, à doses suffisantes pour donner lieu à de copieux vomissements; purgatifs en pilules et en lavements; séton à la nuque; cautère au bras; fumigations excitantes vers les yeux; sialagogues; sternutatoires.

Fidèle aux idées théoriques qui le dominent, dans presque toutes les formes amaurotiques qui se présentent à son observation, Scarpa attribue la cécité nocturne à un état saburral des premières voies. Les émétiques lui semblent, dès lors, l'expédient capital dont il faut invoquer le secours.

Le professeur Jüngken (de Berlin), qui voit dans la production de l'héméralopie des influences variées, telles que le rhumatisme, l'hystérie, l'onanisme, etc., conseille de la traiter d'après les causes présumées qui lui ont donné lieu. Présente-t-elle les allures d'une fièvre larvée, on administrera le quinquina.

Plus récemment, un chirurgien de marine, le docteur Guérin-Méneville, qui a étudié l'héméralopie à bord des bâtiments de la station des mers du Sud, a considéré cette affection comme le résultat d'une altération scorbutique du fluide sanguin. Il conseille les collyres stimulants et toniques, les boissons acidulées, le suc de citron, l'eau ferrée et un régime substantiel; les marins héméralopes seront exemptés du service de nuit et des travaux les plus pénibles.

Les observations que nous avons recueillies sur l'héméralopie nous permettent d'établir que, bien que sa nature échappe souvent à la sagacité des médecins, il est toutefois un bon nombre de cas où les influences auxquelles elle est liée peuvent être très-suffisamment appréciées, d'où la possibilité de déterminer rationnellement les moyens les plus propres à la combattre.

Parfois, et ces exemples sont de beaucoup les plus nombreux, l'héméralopie consiste dans l'épuisement de la sensibilité de la rétine, par suite de l'exposition des yeux à une lumière très-vive, directe ou réfléchie, la membrane perdant, quand elle n'est plus impressionnée par elle, le ressort nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions. Aussi, cette affection est-elle fréquente, sous les formes endémique et épidémique, dans les pays où le jour a beaucoup d'éclat, comme sous les tropiques, où nos marins l'ont souvent contractée, et où Telfort et Bampfield l'ont vue accompagner le scorbut, tandis qu'elle est rare dans les climats tempérés. Certaines causes, toutefois, presque toujours enveloppées d'un profond mystère, peuvent l'y faire naître. C'est ainsi qu'elle a sévi épidé-

miquement à Belle-Isle-en-Mer, à Montpellier, du temps de Sauvages ; à Strasbourg, en 1762 et en 1832 ; à Maussanne (Bouches-du-Rhône), en 1841. L'héméralopie congénitale, l'héméralopie liée à des maladies diverses, sont aussi des amauroses à type toujours asthénique dans le premier cas, presque toujours asthénique dans le second, et dans lesquelles l'excitation est trop faible, tant que le soleil n'éclaire pas l'horizon, pour que l'exercice des fonctions visuelles puisse avoir son cours. Dans d'autres circonstances, la cécité nocturne est une névrose intermittente, à accès revenant le soir, et le docteur Pye, qui l'observa dans des localités où régnaient des fièvres paludéennes, l'attribua aux mêmes influences. On lit, dans les *Lettres édifiantes* du père d'Entrecolles, que l'héméralopie est commune en Chine, où la culture du riz demande de vastes inondations. La lésion n'est donc pas toujours identique. Tantôt idiopathique, tantôt symptomatique, elle est, dans quelques cas, une amaurose franchement intermittente. Ces questions, dignes de l'attention des ophthalmologistes, demandent ici quelques développements.

Pendant l'automne de 1847, M. Coquerel, chirurgien de marine, a été témoin d'une épidémie d'héméralopie, à bord de la frégate *la Belle-Poule*, dans les parages de Madagascar. Une centaine d'hommes en furent frappés ; la maladie était tout à fait essentielle. La cécité était incomplète chez le plus grand nombre, ceux qui en étaient atteints conservant encore la faculté de se guider sur le pont du navire, au clair de la lune ; elle était telle chez quelques-uns, qu'ils ne distinguaient pas, à une courte distance, la lumière d'un fanal. Tous, d'ailleurs, jouirent d'une excellente santé, pendant la durée de leur cécité nocturne.

Quelques mots du docteur Coquerel expliqueront l'influence qui donna lieu, dans cette occurrence, à l'héméralopie :

« Celui, dit-il [1], qui n'a pas été témoin par lui-même du brillant éclat du soleil des tropiques peut à peine se faire une idée des flots de lumière qui inondent tous les objets sous la zone torride ; il faut de l'habitude pour pouvoir considérer un instant, sans trop de fatigue, les corps fortement éclairés par le soleil. Les matelots, et surtout les gabiers et les canotiers, sont exposés, pendant tout le jour, aux rayons directs du soleil le plus ardent, et à sa réflexion sur les eaux de la mer. »

Il est à remarquer que, dans cette épidémie, aucun officier ne fut

[1] Coquerel, *De la cécité nocturne* (thèse inaugurale), Paris, 1849.

atteint; chose semblable avait été notée déjà, dans des épidémies analogues, à bord des bâtiments de l'Etat. Dans un rapport adressé au Conseil supérieur de santé de Brest, par M. Fleury, chirurgien-major de la marine, celui-ci explique le fait dont il est question par les conditions qui, sous un grand nombre de rapports, ne sont pas les mêmes pour les officiers que pour l'équipage. Le quart que font les officiers étant beaucoup plus court que celui des matelots, il en résulte que les premiers sont moins soumis que les seconds à l'action du soleil projeté par la surface des eaux, par les voiles, par les corps métalliques de toute sorte, si brillants à bord des navires de guerre. Les uns ont la faculté de se garantir sous une tente, avantage dont les autres ne jouissent pas toujours. Les officiers, dans ces navigations, portent de grands chapeaux de paille; il en est même qui se munissent de conserves colorées; les matelots n'ont qu'une casquette sans visière ou un chapeau à bord étroit. Les hommes le plus exposés sont ceux qui, sous le nom de *gabiers*, sont chargés du service des voiles.

En juillet et en août 1834, l'héméralopie sévit épidémiquement dans deux bataillons d'un régiment prussien en garnison à Ehrenbreitstein et à Pfaffendorf. On crut que ceux qui en étaient affligés simulaient la cécité; on ne tarda pas, vu son extension, à être convaincu du contraire. Les soldats, dans les marches et les évolutions nocturnes, trébuchaient et se heurtaient les uns contre les autres. Le chirurgien Hubner attribua la maladie aux chaleurs intenses de l'été, à la fréquence des exercices sur un terrain éblouissant et dépourvu d'ombre, où les soldats étaient soumis en outre à la réflexion des rayons du soleil par la surface du Rhin, à l'obscurité extrême des chambres qu'ils occupaient dans les fortifications, obscurité qui rendait, quand ils en sortaient, leurs yeux plus sensibles à la lumière. Le fléau épargna deux compagnies des mêmes bataillons, casernées dans une vallée voisine, et logées dans des chambres bien éclairées et spacieuses.

Souvent l'héméralopie a régné parmi les corps d'armée en marche dans des pays couverts de neige, dont l'éclat affectait leurs yeux. Le docteur Caron du Villars rapporte que son père observa un bon nombre d'héméralopes, dans les campagnes de 1793, chez les soldats piémontais, qui bivouaquaient nuit et jour sur des montagnes couvertes de neige; ils étaient tellement aveugles, à la tombée de la nuit, qu'on les réunissait par escouades pour les faire conduire par un individu sain. Des militaires couchant au bivouac, dans l'hiver de 1834, furent affectés d'héméralopie. En les examinant durant la

nuit, au moment où leur cécité était complète, on remarqua que leurs pupilles étaient dilatées et fixes, et la flamme d'une chandelle n'en amenait pas le resserrement. Le docteur Warthon pensa que la maladie provenait d'une débilité de la rétine, vivement impressionnée par l'éclat éblouissant de la lumière que projetaient les grands feux allumés dans le camp, et qui étaient réfléchis de tous côtés par les glaçons dont les arbres environnants étaient garnis.

Au rapport du docteur Coquerel, la cécité nocturne est fréquente, à Cadix, parmi les nombreux mendiants qui, par misère ou par paresse, passent les nuits dans les rues ou à la porte des églises. Cette ville est bâtie sur une langue de terre couverte d'un sable fin très-brillant, sur lequel le soleil darde pendant presque toute la journée ses rayons ardents, lesquels sont reflétés encore par les maisons blanchies à la chaux.

Ces documents confirment la proposition ci-dessus énoncée, sur l'influence d'une lumière trop vive comme cause d'héméralopie. Si le jeu physiologique de la rétine est interrompu pendant la nuit, quand elle n'est plus sollicitée par cet agent, c'est qu'alors l'excitant n'est plus au diapason de l'irritabilité rétinienne.

Cette inertie de la sensibilité de la rétine, à qui les objets échappent, quand ils ne sont pas fortement éclairés par les rayons solaires ou par une forte masse de foyers lumineux artificiels, peut être, avons-nous dit, congénitale, et on l'a vue même se transmettre par voie d'hérédité. Dans un Mémoire présenté par le docteur Florent Cunier à la Société de médecine de Gand, ce praticien relata le fait d'un boucher de Vendémian, près Montpellier, Jean Nougaret, né en 1637, et qui, héméralope lui-même, a légué l'héméralopie à ses descendants. Six générations ont été successivement frappées à la naissance des individus atteints, qu'ils séjournassent à Vendémian ou qu'ils se fixassent ailleurs ; l'infirmité se propage beaucoup plus par les femmes que par les hommes ; dès qu'un membre de la race s'en est trouvé délivré, il ne l'a plus transmise à ses enfants. Au rapport du docteur Stiévenart, l'aïeule maternelle de M. X..., décédée à soixante-quatorze ans, était affligée d'héméralopie. De ses dix enfants, cinq naquirent héméralopes. L'un de ceux-ci, la mère de M. X..., eut trois enfants, dont le premier et le dernier cessent de voir au crépuscule. M. X... s'est marié deux fois. Un garçon qu'il eut de sa première femme est atteint de cécité nocturne ; des quatre enfants qu'il eut de la seconde, un seul hérita de l'infirmité de son père. L'oncle d'un libraire de Paris, M. H..., fut affecté d'héméralopie jusqu'à quarante-deux ans, époque à laquelle il devint aveugle.

Telle est l'héméralopie idiopathique. On peut même dire que quelques vieillards, fort avancés en âge, sont, jusqu'à un certain point, héméralopes, puisqu'une lumière, naturelle ou artificielle, très-vive, leur est nécessaire pour distinguer les corps qui les environnent.

C'est encore à la torpeur de la capacité sensitive de la rétine qu'il faut rattacher l'héméralopie produite par les causes susceptibles de donner lieu à l'amaurose en général (héméralopie symptomatique). Dans quelques cas, par exemple, elle a paru dépendre d'un embarras gastrique, d'où le succès des évacuants qu'invoque le docteur Doumic, dans les deux faits qu'il a récemment consignés dans ce journal; Scarpa avait déjà relaté plusieurs observations du même genre. On l'a vue se manifester par suite de la présence d'ascarides lombricoïdes dans le tube intestinal (Alançon, de la Flèche), et même par l'effet d'une intoxication saturnine (Cullerier). L'héméralopie serait fréquente chez les pellagreux, d'après le docteur Roussilhe. S'il est vrai, comme on l'a dit, que le sang, dans la pellagre, offre une diminution de ses globules analogue à celle qui a été constatée dans la chlorose, cette condition explique, jusqu'à un certain point, l'invasion d'une amblyopie à type héméralopique. Le fluide sanguin appauvri ne produirait-il pas sur l'appareil de la fonction visuelle une excitation suffisante encore, en présence d'une lumière vive, pour que la vision pût avoir son cours, mais insuffisante le soir et dans les localités obscures? Le docteur Demeulemeester, médecin belge fort distingué, m'a relaté un fait curieux et unique peut-être dans les fastes de la science. Une femme fut frappée d'héméralopie dans deux grossesses consécutives. Elle voyait parfaitement le jour; le soir, la vue était à peu près abolie et la malade était inhabile à se conduire. A la première grossesse, la cécité se dissipa immédiatement après l'accouchement. A la seconde, dans laquelle elle fut délivrée par le docteur Demeulemeester, à la Maternité de Louvain, l'héméralopie ne s'évanouit que graduellement. Moins forte vingt-quatre heures après l'accouchement, elle s'affaiblit peu à peu et disparut complétement au bout de cinq jours,

L'amaurose syphilitique est susceptible aussi de s'associer à un degré tel d'engourdissement de la membrane sensitive, que les malades ne voient, bien qu'imparfaitement, que dans la journée, tandis qu'il ne voient que peu, ou ne voient presque pas, lors de l'arrivée du crépuscule. Cette condition donne lieu à une forme héméralopique d'autant plus digne d'être mentionnée que je ne la trouve signalée nulle part.

Obs. I. J'ai été consulté, le 5 décembre 1850, par un jeune homme d'une trentaine d'années, représentant à Paris d'un des établissements industriels les plus importants de la province. La vue était anéantie au centre de la rétine droite; quelques objets étaient vaguement constatés par les côtés seulement de cette dernière. L'œil gauche permettait au malade de se conduire durant le jour, bien qu'avec difficulté. Comme il avait de la peine à reconnaître les traits des personnes, il commettait sans cesse des erreurs qui lui étaient préjudiciables, et des impolitesses; la lecture n'était presque plus possible, à moins qu'elle n'eût lieu sur de gros caractères. Le soir, les fonctions visuelles offraient des conditions déplorables; ce jeune homme ne pouvait se livrer à aucune occupation; il ne distinguait pas, disait-il, un chien d'un chat; il n'osait sortir. Dans le jour même, la vue était tout aussi mauvaise dans les endroits sombres. Les yeux, d'ailleurs, ne présentaient aucun phénomène appréciable. Le malade avait été contraint d'abandonner sa position, pour se confiner dans une petite ville.

Or, il avait été atteint, il y avait trois années, d'une syphilis avec chancres, etc., pour laquelle il avait reçu les soins éclairés d'un de nos plus célèbres spécialistes. La guérison parut certaine au bout d'un traitement mercuriel. Des maux de gorge et quelques autres accidents, auxquels on n'opposa aucune médication spécifique, apparurent une année après; ils furent suivis, au bout de six mois, d'un trouble de la vision à droite, avec perception d'étincelles et de mouches; puis, mais bien plus tard, d'une détérioration de cette fonction à gauche. Le 20 novembre 1850, le médecin qui avait dirigé le premier traitement fut d'avis que l'amaurose n'avait rien de syphilitique; j'ai sous les yeux l'ordonnance qu'il rédigea, et qui indique l'application d'un vésicatoire à la nuque, la tisane de houblon avec le sirop de gentiane, et trois cuillerées à bouche par jour d'huile de foie de morue. Il faut noter que le sujet est lymphatique et affecté d'un certain degré d'ozène. Fondé surtout sur la marche qu'avaient offerte les accidents, j'opinai pour l'existence probable d'une influence syphilitique; le malade en avait la conscience; il me fut aisé de le décider à se soumettre à un nouveau traitement.

J'eus recours, pendant plusieurs mois consécutifs, à la liqueur de Van Swieten, à l'iodure de potassium, aux pilules de chlorure d'or et de sodium, à la tisane de Feltz, à celle de douce-amère édulcorée avec le sirop de Cuisinier, aux onctions hydrargyriques sur le front et les tempes, etc.

Le 7 janvier 1851, le malade annonça qu'il pouvait se conduire le soir: « Auparavant, dit-il, dès que la brune arrivait, j'étais perdu; je me heurtais contre les chaises et les tables; une voiture m'eût écrasé, si j'avais eu l'imprudence de sortir seul; je n'apercevais les gens sur les trottoirs que quand ils étaient sur moi; aujourd'hui, n'eussé-je que l'œil droit, je me conduirais. »

Le 18 du même mois, je constatai des progrès énormes. Les objets, regardés de l'œil droit, semblaient couverts d'un brouillard; mais cet organe put lire de très-petits caractères, bien qu'avec quelque peine. L'œil gauche offrait presque ses conditions primitives. Rentré dans sa maison de commerce, ce jeune homme se livrait aisément à ses occupations.

L'amélioration continua en février et les mois suivants, à un point tel, que le malade se maria, jouissant du libre exercice des fonctions visuelles.

Mon respectable ami, le docteur Delarroque, dont la famille médicale déplore la perte récente, me racontait qu'un de ses clients,

contraint, par le mauvais état de ses yeux, de quitter le service militaire, distinguait pendant le jour les corps de grandes dimensions, mais était aveugle le soir et ressemblait à un idiot. Cet homme avait été plusieurs fois infecté de maladies syphilitiques; la dernière vérole datait de cinq années. Delarroque prescrivit l'iodure de potassium, la tisane de Feltz et des frictions aux extrémités inférieures avec l'onguent mercuriel uni au sulfure de chaux (4 grammes de ce dernier et 32 grammes d'onguent napolitain, pour huit frictions), addition qui tendrait à prévenir la salivation, d'après son expérience. La vue se rétablit au bout de vingt-cinq jours; le traitement fut par prudence continué jusqu'au cinquantième jour.

Une dernière forme de l'héméralopie, avons-nous dit, est une névrose intermittente, à accès revenant au déclin du jour.

Remarquez que, dans l'héméralopie proprement dite, la cécité, bien qu'apparaissant le soir, n'a pas lieu dans un local vivement éclairé par une lumière artificielle; elle se manifeste pendant le jour, si les sujets se placent dans un lieu sombre. Dans l'amaurose intermittente, au contraire, qui peut être héméralopique, si les accès se montrent à la tombée de la nuit, la privation de la lumière ne règne que pendant l'accès, les malades jouissant, pendant l'apyrexie, de l'exercice des fonctions visuelles, qu'ils soient dans un lieu clair ou dans un lieu sombre. Les cas de ce genre, d'ailleurs, sont des plus rares. Le docteur Stœber, qui admet la distinction qui vient d'être faite, a relaté l'exemple d'une femme qui commença par devenir aveugle au moment du coucher du soleil. Plus tard, les accès changèrent d'heure, revinrent au milieu du jour (nyctalopie), et, de quotidiens qu'ils étaient, se convertirent en tierces; ils affectèrent, en un mot, l'allure des fièvres périodiques. Le sulfate de quinine ne tarda pas à en triompher. J'ai rapporté, dans mon *Traité de l'amaurose* (¹), l'observation d'une juive qui devenait, depuis quelque temps, aveugle vers l'heure de midi; elle se couchait le soir, ne pouvant guère distinguer que la lumière d'une chandelle ou celle du feu; le matin, à son réveil, elle jouissait d'une vue parfaite et éprouvait seulement un sentiment de pesanteur et de roideur dans les paupières supérieures. Ces phénomènes se renouvelaient régulièrement tous les jours, à la même heure. Après avoir essayé sans succès des onctions stimulantes sur les régions voisines

(¹) Ch. Deval, *Traité de l'amaurose ou goutte sereine*. Paris, 1851. Traduction du même ouvrage en allemand, par le docteur Herzfelder (de Würzburg). Leipzig, 1855.

des orbites, deux vésicatoires aux tempes et l'usage interne du fer, le docteur Austin tenta le quinquina, dont il fit précéder l'emploi d'un émétique. Les quatre premiers jours, cette médication n'eut aucun effet sensible; au cinquième jour, l'accès ne vint qu'à trois heures; il retarda successivement de plusieurs heures. Cette femme fut entièrement guérie en moins d'un mois. Demours parle également d'une amaurose qui, tous les deux jours, ôtait au malade le pouvoir de se conduire; ses pupilles étaient alors doublées de diamètre; il ne voyait presque rien pendant le paroxysme, qui durait depuis le commencement du jour jusqu'à la fin de la nuit suivante. Le quinquina ne parut avoir ici aucune influence. L'affection s'évanouit avec une telle lenteur, dans l'espace d'une année, que les progrès de la guérison ne purent être appréciés d'une manière exacte.

L'ophthalmoscope a peu éclairé la question qui nous occupe. Chez quelques sujets atteints d'héméralopie, par suite d'amblyopie torpide, c'est-à-dire voyant encore assez bien dans la journée, mais voyant peu le soir, j'ai constaté un certain degré d'atrophie des papilles optiques. Dans l'héméralopie syphilitique, on recherchera si le fond des globes ne présente pas un trouble aqueux, l'amaurose vénérienne ayant parfois montré une infiltration séreuse, un œdème de la rétine. S'agit-il d'une cécité nocturne qui s'est établie pendant la grossesse, on s'efforcera de découvrir dans les profondeurs de l'œil les signes ophthalmoscopiques de l'albuminurie.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la combinaison de l'iode et du soufre par l'intermédiaire de l'huile.

Il est peu de médicaments dont la composition soit moins stable que celle de l'iodure de soufre; une certaine partie des deux métalloïdes reste à l'état de simple mélange; aussi les véhicules les dissocient-ils facilement. Un pharmacien de Lyon, M. Vezu, a pensé qu'en combinant l'iode et le soufre préalablement dissous l'un et l'autre dans l'huile d'amandes douces, il arriverait à un meilleur résultat. Voici comment il procède :

Pr. Soufre lavé.............................. 25 centigrammes.
Huile d'amandes douces..................... 15 grammes.

Mélangez les deux substances, introduisez-les dans un ballon de verre, et chauffez jusqu'à dissolution du soufre. D'autre part :

Pr. Iode......................................	80 centigrammes.
Huile d'amandes douces......................	15 grammes.

Dissolvez à froid l'iode dans l'huile. Mélangez les deux dissolutions, chauffez-les ; agitez-les de temps en temps et filtrez.

L'iodure de soufre ainsi préparé a la saveur et l'odeur de l'huile chauffée, sa couleur est marron ; mis en contact avec une solution d'amidon étendue sur une feuille de papier, il ne se produit pas de coloration violette. L'éther le dissout, sans laisser précipiter du soufre ; cette dissolution ne colore pas le papier amidonné.

Quant à son mode d'administration, M. Vezu propose les formules suivantes :

Pr. Huile d'iodure de soufre ci-dessus............	30 grammes.
Huile d'amandes douces......................	270 grammes.

30 grammes de cette préparation correspondent, suivant le pharmacien de Lyon, à 10 centimètres d'iodure de soufre.

On peut, en émulsionnant, remplacer les 270 grammes d'huile d'amandes douces par une égale quantité de sirop d'orgeat, d'écorces d'orange amère ou de tout autre sirop. La saveur de ces différents mélanges n'a rien de désagréable.

Un savant pharmacien de Paris, M. Jules Lefort, a répété le procédé de M. Vezu et a vu qu'en effet le mélange des deux huiles acquérait une teinte telle que l'on ne peut mettre en doute l'existence de l'iodure de soufre ; mais il fait remarquer que, après le refroidissement du mélange et en attendant vingt-quatre heures avant de le filtrer, on voyait des cristaux de soufre octaédriques se déposer sur les parois du vase, d'où il résulte qu'une partie du soufre n'est pas entrée en combinaison. Cette huile médicamenteuse constitue donc une préparation galénique et non une préparation chimique ; elle a encore contre elle l'inconvénient de répandre une odeur assez désagréable d'huile rance.

Moyen facile de reconnaître un mélange d'acide citrique et d'acide tartrique.

Il arrive souvent que l'on rencontre dans le commerce l'acide citrique mélangé d'acide tartrique. La similitude de leurs caractères physiques, lorsque les cristaux sont brisés, permet souvent de les confondre. Voici un moyen simple de découvrir la fraude ; il nous est fourni par un pharmacien distingué de Bordeaux.

On répand, dit M. Barbet, sur une plaque de verre placée horizontalement une légère couche d'un soluté de potasse caustique faiblement saturé, et on y projette une partie du mélange de cristaux douteux. Au bout de quelques secondes, les cristaux appartenant à l'acide tartrique blanchissent et deviennent même tout à fait opaques, en se recouvrant de petits cristaux microscopiques de bitartrate de potasse, tandis que les fragments d'acide citrique restent diaphanes, en se dissolvant en partie dans le liquide alcalin. La différence est tellement tranchée, qu'on peut très-exactement apprécier la quantité relative de l'un et de l'autre acide.

Ce moyen d'analyse peut s'appliquer même à une poudre formée d'un mélange exact de ces deux acides; seulement, l'œil a besoin d'être armé d'un miscrocope qui lui dévoile des phénomènes identiques aussi nettement que sur le mélange des cristaux. Dans ce cas, le porte-objet recouvert de soluté est saupoudré de la poudre suspecte, et immédiatement une foule de petits cristaux aciculaires se produisent dans les places occupées par de l'acide tartrique, tandis que les petites parcelles d'acide citrique toutes diaphanes finissent par disparaître dans le soluté.

De la pepsine; nouveau moyen de l'administrer.

Aux divers moyens connus d'administrer la pepsine, nous venons ajouter le suivant; il plaît généralement, surtout aux enfants, qui ont toujours une grande difficulté à avaler les pilules.

Sucre blanc granulé........................	125 grammes.
Eau..	Q. S.
Pepsine......................................	4 grammes.
Huile volatile de fleurs d'oranger............	2 gouttes.

On met le sucre dans un petit pôêlon en cuivre, on y ajoute de l'eau en quantité suffisante pour en faire une pâte molle; on chauffe en agitant le mélange avec une spatule de bois; lorsqu'il est bouillant, on y verse le blanc d'œuf, la pepsine et l'huile essentielle, qu'on a préalablement battus ensemble, de manière à former neige; on agite encore quelques secondes, puis on divise la masse en quatre doses égales, qu'on met dans des capsules en papier; le bonbon à la pepsine est agréable à manger, on peut en varier l'arome selon le goût du malade. Le médecin peut élever ou diminuer la dose de la pepsine, de même qu'il peut y faire ajouter un sel de fer, le sous-carbonate, par exemple, ou le fer réduit par l'hydrogène.

Ce médicament, mis dans un lieu sec, à l'abri du contact de l'air atmosphérique, s'y conserve plusieurs mois sans altération aucune.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhée et de la leucorrhée chroniques.

Il est une affection dans laquelle le sous-nitrate de bismuth est appelé à rendre de grands services, c'est dans la vulvite simple des petites filles. Cette maladio, qui n'est pas très-rare, est à peine signalée dans les traités spéciaux des maladies des enfants. On n'ignore pas cependant combien les parents sont offrayés en voyant survenir un écoulement chez un enfant, combien devient grande alors la responsabilité des personnos chargées de lui donner des soins, et surtout combion cet écoulement ost souvent difficile à tarir, sans compter les nombreux inconvénients qui peuvent résulter de cette hypersécrétion, si elle se prolonge trop longtemps.

Lorsque la syphilis ou toute autre source de contagion est étrangère à la maladie, on la rencontre, le plus grand nombre de fois, chez des enfants débilités, soumis à de mauvaises conditions hygiéniques, lymphatiques, à chair blanche et flasque, dont toutes les muqueuses sont pâles et décolorées. En même temps que l'écoulement vulvaire, il y a bien souvent un flux du côté de l'intestin ou encore une affection catarrhale de la muqueuse vulvaire. L'otorrhée n'est point non plus très-rare.

Mais, si ces cas sont, sans contredit, les plus nombreux, nous avons cependant observé deux fois la leucorrhée vulvaire chez des petites filles robustes, bien portantes, sans qu'il nous fût possible de remonter à la cause. Il n'y avait aucune douleur, et les enfants n'ont pas cessé un seul instant de se livrer à leurs jeux. Pour ces deux petites malades, le sous-nitrate a été employé, et l'écoulement a disparu très-promptement.

Le début est brusque ou bien, au contraire, il est lent et a une marche insidieuse; l'écoulement commence, puis cesse tout à coup, pour reparaître plus abondant. On s'aperçoit que la muqueuse est légèrement boursouflée, piquetée; quelquefois il y a déjà une hypersécrétion des follicules vulvaires qui est muqueuse, mais qui, au

(1) Fin. — V. la livraison du 15 septembre, p. 195.

bout de quelques heures, peut déjà avoir pris les caractères d'un écoulement mucoso-purulent, et même complétement purulent. Cependant les parties ne sont point douloureuses, les enfants se laissent examiner sans pousser de cris. Si l'on n'apporte un prompt remède, l'écoulement augmentera d'une façon notable, la muqueuse prendra une teinte violacée ; souvent, au contraire, elle sera plus pâle, la vulve aura une apparence ridée; d'autres fois, enfin, on ne trouvera plus aucune lésion appréciable, si ce n'est la persistance de la sécrétion anormale, qui a toujours une extrême tendance à passer à l'état chronique.

Parmi les nourrissons de Saint-Lazare, l'affection n'est point rare, mais malheureusement elle a le plus fréquemment pour cause la syphilis, et alors ce n'est pas seulement au traitement local, mais à un traitement général qu'il faut avoir recours.

Dans toutes ces occasions, nous avons usé du pansement avec la poudre de sous-nitrate soit seul, soit combiné à un traitement général, et, chez la majeure partie des malades, le tarissement de l'écoulement était obtenu bien avant qu'il fût possible de reconnaître aucun changement appréciable dans la constitution.

Pour les petites filles qui sont encore au maillot et qui souillent leurs langes très-fréquemment, on devra, chaque fois qu'on le jugera opportun et sans aucune crainte d'accidents, saupoudrer les parties malades avec le sous-nitrate sec et en poudre. Si les enfants sont déjà d'un âge plus avancé, trois pansements par jour sont suffisants. J'insiste principalement pour que le pansement du soir soit bien fait, car dans celui-ci le sous-nitrate restera plus longtemps en contact avec la muqueuse et produira par cela même des effets beaucoup plus marqués.

2° Sous le nom de *flueurs blanches, leucorrhée vaginale,* nous comprendrons, avec le docteur Marc d'Espine, des écoulements blancs chroniques, quelquefois habituels, auxquels sont sujettes des femmes saines et exemptes de toute autre affection de l'appareil génito-urinaire. Cependant il faut encore accorder qu'il n'y a réellement maladie que lorsque l'écoulement incommode suffisamment les femmes pour qu'elles s'en plaignent.

Nous avons employé plus d'une fois la poudre de sous-nitrate contre les flueurs blanches ; mais, au lieu de m'étendre longuement à décrire les symptômes et les causes, qui sont connus de tout le monde, je vais citer une observation qui prouvera, mieux que tous les raisonnements, l'efficacité de la nouvelle médication que nous cherchons à établir.

Obs. VIII. *Leucorrhée vaginale chez une femme adulte.* — Au commencement de l'année 1854, une jeune femme, appartenant à la classe la plus élevée de la société, fut amenée à Saint-Lazare, prévenue d'adultère. Elle est âgée de vingt-trois ans; grande, mince, cheveux noirs; constitution délicate; tempérament lymphatique.

Quelques jours après son entrée à la maison, elle vient à la consultation de M. le docteur Collineau, se plaignant de douleurs gastralgiques, de pertes blanches et d'une constipation opiniâtre.

La malade refusant tout examen, on lui prescrit un lavement simple, des injections avec la décoction de feuilles de noyer et une préparation de fer et de rhubarbe.

Cinq jours après cette première consultation, nouvelles plaintes de la malade qui, cette fois, veut à tout prix qu'on la débarrasse d'un écoulement qui devient tellement abondant qu'elle est forcée de se garnir.

A la visite, voici ce que nous constatons : du côté des organes génitaux externes, rien de remarquable, si ce n'est peut-être une légère décoloration de la membrane muqueuse vulvaire; mais, si on écarte les petites lèvres, on les trouve baignées par un liquide blanc, crémeux, venant du vagin. L'orifice de ce conduit est manifestement plus pâle qu'à l'état normal; si on introduit le doigt en pressant sur la cloison postérieure, tout aussitôt il arrive un flot du même liquide blanc; son odeur est fade. Par le toucher, il est impossible de reconnaître aucun signe anormal du côté du col de l'utérus; d'ailleurs aucune douleur.

Canal de l'urètre sain, pas de cuisson en urinant.

Procédant ensuite à l'examen à l'aide du spéculum, nous trouvons les parois du vagin et le col utérin tapissés par une couche blanche, épaisse, crémeuse, que nous n'enlevons qu'à l'aide de pinceaux de charpie et d'injections poussées avec force. Alors toute la muqueuse nous apparaît pâle, parsemée çà et là de taches bleuâtres; les replis vaginaux sont un peu exagérés; le col de l'utérus est légèrement dévié à droite, son ouverture est fermée par une mèche de liquide transparent fortement adhérent, semblable en tout à une glaire d'œuf. Ce liquide, qui n'est que le produit normal de la sécrétion de la muqueuse utérine, est très-reconnaissable au milieu de l'autre liquide provenant de la muqueuse vaginale. Les deux lèvres de l'ouverture présentent des cicatrices d'éraillures produites par un accouchement qui a eu lieu il y a trois ans.

Les diverses pièces de linge qui servent de garniture sont recouvertes de taches grisâtres dont le milieu est formé par une matière épaisse, grasse, crémeuse, tandis que la portion liquide formo au loin un cercle qui donne au tissu la consistance de l'empois.

Aucun autre signe.

Si nous interrogeons les antécédents, la malade nous avoue que, depuis l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle ses menstrues ont apparu pour la première fois, elle a eu constamment des flueurs blanches, qui cependant n'ont jamais été assez abondantes pour l'incommoder. Elle n'a jamais fait de maladie grave, mais, à plusieurs reprises, elle a été soumise aux préparations ferrugineuses et a été envoyée aux bains de mer.

Certes, chez cette malade les causes de l'affection ne sont point douteuses. Avant tout, il y a cette prédisposition indiquée par le tempérament, la faiblesse de la constitution, et se traduisant d'abord par une décoloration des tissus et des muqueuses; puis survient une cause déterminante, et la maladie, qui jus-

qu'alors n'avait été qu'à l'état latent, se déclare avee violenee. Ici la cause déterminante est un ehangement subit dans les habitudes, la manière de vivre, la captivité et les émotions morales de toutes sortes auxquelles cette dame a été soumise, et qui ont produit sur elle une très-vive impression.

Bien qu'un traitement général soit indispensable, je crois cependant qu'en pareil cas il faut, avant tout, s'adresser au symptôme prédominant, à la lésion véritablement palpable ; je veux parler de, l'hypersécrétion vaginale. Aussi, séance tenante, après avoir desséché le mieux possible toute la muqueuse du vagin, y compris celle qui s'étend sur le col de l'utérus, nous l'avons recouverte d'une couche épaisse de la poudre de sous-nitrate de bismuth, qui, on le sait, pour peu qu'il y ait un certain degré d'humidité, ne tarde pas à adhérer fortement. En même temps, nous ordonnons de supprimer toute injection, cette condition étant indispensable si l'on veut obtenir une prompte amélioration. La préparation de fer est maintenue.

Ce premier pansement avait été appliqué à la visite du matin (8 octobre) ; le soir, nous faisons appeler la malade au cabinet de visite. Comme elle ne s'est point sentie mouillée pendant toute la journée, elle demande qu'on veuille bien remettre le nouvel examen au lendemain.

Le 9 octobre. La malade n'ayant pas ôté le linge qui la garnit, nous l'enlevons nous-même. Il est taché en plusieurs endroits par un liquide qui contient en suspension une certaine quantité de sous-nitrate ; celui-ci n'est plus blanc, mais a pris une légère eouleur noirâtre. Au toucher, on ne fait plus sortir un flot de liquide, mais on sent que le conduit est rempli d'une bouillie épaisse, et cependant la muqueuse donne au doigt une sensation de sécheresse. Ayant introduit le spéculum, nous enlevons, à l'aide d'un pinceau de charpie, une grande quantité du magma formé par la poudre et les mucosités, abandonnant sur les parois celui qui se détache moins facilement, puis immédiatement nous recouvrons toute la muqueuse du col et du vagin d'une nouvelle couche de sous-nitrate.

Le soir, l'amélioration est incontestable, la malade se croit même guérie ; cependant nous insistons pour faire un deuxième pansement, qui est appliqué.

Le 10. Le matin, même état que la veille, seulement le bismuth est moins délayé et plus adhérent. Nouveau pansement.

Le soir, rien à signaler ; pansement.

A partir du 11 jusqu'au 15 inclusivement, nous ne faisons plus qu'une seule application de bismuth pour les vingt-quatre heures.

Le 16. Apparition des règles, qui avancent de quelques jours, la malade ne comptant pas les avoir avant le 21.

Elles coulent abondamment pendant trois jours ; le sang n'est pas très-rouge. Aucune douleur. Le quatrième jour, ce n'est plus qu'un liquide roussâtre ; le cinquième, nous pouvons constater qu'il ne vient plus rien du côté de l'utérus, mais que la muqueuse du vagin a perdu cette consistance qu'elle avait acquise pendant la durée du traitement ; elle est plus lisse, brillante, et laisse exhaler une quantité de liquide plus considérable qu'avant les règles.

Le 20. Pansement avec le sous-nitrate.

Le 21. La muqueuse a déjà perdu une partie de son brillant, de sa mollesse.

Le 22. La sécrétion ne nous paraît point augmentée. Pansement.

Nous continuons de cette façon jusqu'au 27. La guérison nous semblant assurée, nous ne faisons plus rien, preservant à la malade des injections d'eau fraîche.

Cette dame, qui est restée deux mois à Saint-Lazare, n'a pas vu reparaître la leucorrhée pendant tout son séjour; mais j'ajouterai qu'elle m'a fait appeler à trois reprises depuis lors, pour lui appliquer le pansement qui lui avait si bien réussi, et qui, à chacune de ces fois encore, a été suivi de la disparition de l'écoulement.

Dans neuf cas à peu près semblables, où l'écoulement n'était bien dû qu'à une supersécrétion vaginale, nous avons pu, dans un temps très-court, rendre à la muqueuse la tonicité qu'elle avait perdue, et, par cela seul, supprimer la maladie. Quant aux complications, elles devront être traitées à part, soit localement, soit d'une manière générale, suivant les indications. Je n'affirme pas, cependant, qu'après un temps plus ou moins long on n'aura pas de récidive; car, pour nous, toute femme qui a eu une première fois des flueurs blanches en aura très-probablement une seconde fois. Mais ce que je dis, c'est qu'à l'aide du sous-azotate de bismuth, on modifie rapidement la sécrétion des muqueuses, ce qui est déjà un grand point, puisque du même coup vous supprimez une incommodité des plus grandes, cause incessante d'épuisement, et qu'en même temps vous vous placez dans des conditions beaucoup plus avantageuses pour appliquer une médication générale, comme l'état des sujets le réclame le plus fréquemment.

3° Il est enfin des écoulements qui occupent tout à la fois la vulve, l'urètre et le vagin : ceux-ci sont *presque toujours*, pour ne pas dire *toujours*, de source infectieuse; et, en avançant cette idée, je m'appuie sur des faits.

Pour 27 femmes atteintes d'urétrite simple ou compliquée, il nous a été possible de retrouver les individus avec lesquels elles avaient eu des rapports, et 27 fois nous avons trouvé ces hommes atteints de la chaude-pisse, les uns accusant les femmes de la leur avoir transmise, les autres au contraire avouant qu'ils avaient pratiqué le coït avec la conscience qu'ils étaient déjà malades.

Sur ces 27 femmes, 3 seulement n'avaient que de l'urétrite, 16 étaient affectées en même temps de vulvite ou de vaginite, 3 portaient des érosions du col utérin, 2 avaient des chancres de la fourchette, et enfin les 3 dernières étaient recouvertes de divers signes d'une syphilis constitutionnelle.

Nous avons vu ces 27 malades au début de leur affection, alors qu'elle était en pleine période inflammatoire; chez les unes, nous avons tenté sur-le-champ le traitement avec le sous-azotate de bismuth; chez les autres, on a employé les antiphlogistiques; mais, comme l'a fort bien dit M. le docteur Durand-Fardel dans son Mé-

moire sur la blennorrhagie de la femme, les moyens qui réussissent le mieux pour faire avorter la blennorrhagie de l'homme semblent au contraire sans effet contre la blennorrhagie de la femme, qui passe bientôt à l'état chronique; on sait alors combien on a de peine pour en débarrasser les malades. Nous avons pu observer à la maison de Saint-Lazare plusieurs de ces blennorrhagies urétrales qui ont résisté à tous les modes de traitement, même à la cautérisation pratiquée avec le crayon de nitrate d'argent. Ce moyen, qui est fréquemment employé par M. Delamorlière, est très-douloureux, mais produit des résultats inespérés; ce n'est pas seulement une ou deux cautérisations qui sont nécessaires pour amener la guérison, souvent il faut les multiplier à des intervalles très-rapprochés. Deux de ces écoulements tenaces, sur lesquels cette méthode des cautérisations répétées n'avait eu aucun effet, ont cédé aux injections faites dans le canal avec une bouillie épaisse de sous-nitrate; dans un autre cas, nous avons été moins heureux. Il faut, quand on pousse l'injection dans le canal urétral de la femme, éviter de pénétrer jusque dans la vessie, la poudre de bismuth pouvant, si elle est déposée dans les replis de la muqueuse, devenir le point de départ d'une affection calculeuse.

Une remarque qui a été faite depuis bien longtemps par M. Ricord et dont nous avons pu souvent vérifier l'exactitude, c'est que, dans la blennorrhagie vaginale chronique, la seule dont nous ayons à nous occuper, la partie postérieure du vagin était toujours plus malade que l'antérieure, tandis que le contraire existait dans la vaginite aiguë. En effet, on rencontre toujours sur cette partie postérieure les altérations qui peuvent servir à expliquer la persistance d'un écoulement. Quelquefois ce ne sera qu'un changement de couleur; la muqueuse est pâle, entièrement décolorée, comme chez les chlorotiques, ou bien au contraire elle est violacée, noirâtre, tantôt uniformément, tantôt dans certaines parties seulement. Dans des cas rares, il y a de légères ulcérations groupées ensemble ou disséminées entre les replis vaginaux; mais une altération qui ne manque jamais, c'est l'hypertrophie des glandules situées autour de la partie vaginale de la matrice, et qui seraient, suivant Huschke, la prostate proprement dite de la femme. L'augmentation de la sensibilité, qui déjà, dans la vaginite aiguë, est un signe fort inconstant, n'existe jamais dans l'état chronique, et semble tout au contraire le plus souvent profondément altérée. Le liquide sécrété est grisâtre, mal lié, mélangé souvent de flocons d'une manière indéterminée; presque toujours il y a des globules purulents; chez certaines fem-

mes, il est fort abondant ; chez d'autres, il constitue à peine une incommodité ; son odeur est nauséeuse, pénétrante ; quelquefois elle est fade et se rapproche de celle des flueurs blanches.

Ces altérations sont celles de la blennorrhagie vaginale chronique, telle que nous l'avons observée et combattue à l'aide du sous-azotate de bismuth, qui toujours nous a donné des résultats identiques à ceux que nous avons déjà signalés en étudiant la blennorrhée chez l'homme et les flueurs blanches chez la femme.

Dans tous les cas, la durée du traitement a été au maximum de treize jours, et au minimum de cinq jours.

En même temps que l'écoulement, il a pu se rencontrer des ulcérations superficielles du col de l'utérus ; celles-ci, sous l'influence du bismuth, ont quelquefois marché aussi vite vers la guérison que l'autre maladie elle-même.

Enfin je ne ferai que citer le cas d'un écoulement vaginal chez une vieille femme de soixante-onze ans, produit par un pessaire très-volumineux qui était resté en place pendant sept mois après sa première application. Aucune injection n'avait été faite ; la femme avait bien éprouvé tout d'abord quelques douleurs, mais comme elles avaient promptement disparu, elle n'avait pas plus fait attention à l'écoulement qu'au pessaire. On avait cru qu'une fois celui-ci enlevé, la muqueuse reviendrait d'elle-même à son état normal, mais il n'en fut rien, et ce n'est que par les applications répétées de sous-nitrate qu'on parvint à tarir l'hypersécrétion vaginale.

Et maintenant, comment agit le sous-nitrate de bismuth ? En présence d'opinions si diverses professées et soutenues par tant d'hommes capables, on comprend que nous hésitions à proposer une explication. Nous aimons mieux nous borner au rôle modeste, mais utile, de fixer l'attention sur cette propriété particulière que possède précisément le sous-nitrate de bismuth d'agir avec d'autant plus d'efficacité et de promptitude que l'affection date de plus longtemps et a revêtu tous les caractères de l'état chronique.

Docteur Gaby,
Ancien interne de la prison de Saint-Lazare.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. Béhier et Hardy, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, médecins des hôpitaux Beaujon et Saint-Louis, etc., ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. Tome Ier : pathologie générale et séméiologie; deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

L'ouvrage de MM. Béhier et Hardy a eu la fortune, dès sa première édition, d'être adopté par le Conseil royal de l'instruction publique : cette fortune, cet honneur, si l'on veut, peuvent échoir, et sont échus quelquefois à des ouvrages auxquels l'opinion publique s'est obstinée à refuser sa souveraine sanction. Ici l'autorité, dont la compétence en pareille matière surtout n'est pas toujours infaillible, a vu ratifier son verdict par le public médical, et nous en félicitons bien sincèrement nos savants confrères. C'est en signe d'assentiment à cette double consécration de l'œuvre de ces habiles médecins, que nous nous proposons d'en parler succinctement dès aujourd'hui, bien que le premier volume, celui qui traite de la pathologie générale et de la séméiologie, soit le seul de cette seconde édition qui ait encore paru.

Qu'est-ce donc que la pathologie générale? A qui sait à combien de points de vue divers se sont placés les auteurs qui ont touché à cette partie importante de la science, cette question ne paraîtra point complétement oiseuse. Voici la définition qu'en donnent MM. Littré et Robin dans la dernière édition du Dictionnaire de médecine de Nysten : « La pathologie générale, disent ces auteurs habitués entre tous à traiter les questions abstraites dans les limites d'un rationalisme peureux, mais prudent, est celle qui réunit les considérations communes, sinon à toutes les maladies, du moins au plus grand nombre d'entre elles, expose les faits les plus généraux de la science médicale, et fonde un langage technique indispensable à l'exposition claire et méthodique des faits moins généraux et des faits particuliers. » La définition de la pathologie générale que donnent nos auteurs, dans le livre dont nous nous occupons en ce moment, ne fait que reproduire, sous une autre forme, celle que nous venons de rappeler. Elle porte l'empreinte de cette prudente circonspection, à laquelle les savants auteurs du Dictionnaire de médecine ne se soumettent pas toujours, mais dont ne se départent jamais, au contraire, MM. Hardy et Béhier, dans leurs plus profondes discussions. Est-il vrai que la nature des maladies nous soit toujours tellement voilée, qu'on ne puisse, sans se jeter dans tous les basards de la fantaisie,

émettre quelques vues, quelques idées sur ce fond des choses ? C'est ce que pensent ces prudents auteurs, ce qu'ils expriment en plusieurs endroits de leurs livres, et c'est probablement par suite de cette circonspection excessive, suivant nous, qu'ils rejettent dans la pathologie particulière ce qu'ils auront à dire sur les grandes classes de maladies admises de tous, l'inflammation, les pyrexies, les hémorrhagies, les flux, la tuberculisation, etc. Dans ces modes divers de la vie pathologique, étudiés d'une manière générale, il n'y a lieu à faire, selon eux, que de la classification et de l'histoire graphique, tout comme lorsqu'il s'agit de ces modes pathologiques individualisés dans les cas particuliers, qu'atteint et qu'analyse la clinique pour en faire les bases de ses déterminations pratiques. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, malgré cette sorte de puritanisme en matière de rationalisme médical, MM. Béhier et Hardy ne font point de l'empirisme pur, bien que leur manière de considérer les choses au point de vue philosophique dût les conduire là logiquement, et leur raison, leur sagacité et leur bon sens vont souvent au delà des phénomènes, et s'efforcent d'entrevoir ce qu'il y a au delà de ces simples apparences. En faisant cette remarque, nous n'avons nullement l'intention de signaler une contradiction dans l'ouvrage de nos savants et intelligents confrères, nous voulons seulement dire qu'hommes intelligents, et obéissant invinciblement à l'instinct qui, à ce titre, les pousse à connaître, ils s'écartent souvent et à leur insu de la ligne dont théoriquement ils ne devaient jamais dévier. *Naturam expellas furcâ, tamen usque recurret.*

Au reste, si cette mesure excessive, nous le répétons, conduit MM. Béhier et Hardy à laisser dans l'ombre quelques idées vraies, qui font de la médecine autre chose qu'un art empirique pur, elle les éloigne en même temps d'une foule d'erreurs, d'une foule de théories prétentieuses qui, sous prétexte d'illuminer la science, la font au contraire plus obscure aux yeux des hommes qui ne prennent point des hallucinations pour des réalités. N'oublions pas, d'un autre côté, que les médecins de Beaujon et de Saint-Louis se proposent surtout d'exposer les éléments de la science, et que rien que ce titre leur imposait la loi d'une grande circonspection en matière de théorie. Aux jeunes intelligences qu'ils ont surtout pour but de diriger dans l'étude de la science la plus difficile, la théorie est malsaine quand elle est incomplète, et les données de l'observation pure valent mieux comme base d'un édifice que l'expérience et la raison doivent élever lentement.

Ainsi déterminé l'esprit qui domine en général dans le livre de

nos honorables confrères, il est à peine besoin d'indiquer le cadre dans lequel ils ont développé leur enseignement ; qu'il nous suffise de dire que ce cadre est très-largement rempli, et que les questions mêmes auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure y ont au moins leur place, si elles n'y trouvent pas toujours la solution plus ou moins probable dont elles sont susceptibles à l'heure qu'il est de la science.

Une grande partie de l'ouvrage est exclusivement consacrée à l'exposition claire, méthodique, de ce que nous appellerions volontiers des généralités sur la pathologie : c'est ainsi que, tour à tour, MM. Hardy et Béhier traitent de l'étiologie, de la marche des maladies, de leurs divers modes de terminaison, de leur siége, de l'anatomie pathologique, et enfin, dans des chapitres spéciaux, de la pathogénie, de la nature des maladies, de leur délimitation et de leur diagnostic. Il ne faut point être grand clerc dans les choses de la médecine pour savoir que tel est l'ordre à peu près invariable dans lequel tous les auteurs ont traité, ont dû traiter de la pathologie générale : au lieu de tourmenter leur esprit à inventer un nouveau cadre qui leur donnât une apparence d'originalité à laquelle ils ne prétendent pas, ils ont préféré suivre le chemin frayé, et y marquer simplement et sans emphase ce que leur expérience personnelle ou leurs propres réflexions leur ont plus spécialement enseigné : il n'y a point là de chausse-trapes à éviter, on voyage là partout en plein jour, avec des compagnons francs et loyaux ; si l'on s'égare avec eux, on ne peut pas au moins le leur imputer à crime. Nous disions tout à l'heure que ces sages et prudents confrères ne visaient guère à dire autrement, pour se donner les apparences d'une originalité mentie : ajoutons aussitôt cependant que çà et là on trouve dans leur livre des enseignements qui, s'ils ne sont absolument originaux, leur empruntent au moins quelques détails précis qui les leur rendent jusqu'à un certain point personnels. Qu'on consulte, par exemple, le chapitre relatif au diagnostic, et l'on reconnaîtra sur plus d'un point la justesse de cette remarque.

Après avoir ainsi compendieusement traité les nombreuses questions que nous venons d'indiquer, les auteurs du *Traité élémentaire de pathologie* exposent rapidement l'état de la science sur une des branches les plus importantes et les plus positives de la pathologie générale, la séméiologie. Qu'ils aient reproduit dans leurs nuances variées à l'infini les cris de l'organisme souffrant dans les maladies si nombreuses qui le peuvent atteindre, c'est ce que nous n'oserions prétendre ; mais ce que nous ne craignons point d'affirmer,

c'est qu'en face du tableau animé qu'ils ont tracé de la symptomatologie abstraitement considérée, on voit qu'ils ont entendu la voix des choses, se sont mesurés avec les difficultés de la pratique, et qu'il est difficile, à tous ces titres, de trouver des guides plus fidèles, plus sagaces, plus intelligents, pour se diriger dans ce labyrinthe obscur où il est si facile de s'égarer. Sans doute, il nous serait facile d'indiquer çà et là quelques lacunes; mais en peut-il être autrement? Qu'on nous cite un seul auteur, où de semblables lacunes, des lacunes plus graves peut-être, ne se rencontrassent également, si on leur appliquait la loupe de la critique? C'est que la nature vivante, une et diverse, a mille expressions au service d'une même loi, d'une même pensée, si je pouvais ainsi dire, et que, si fidèles interprètes que nous soyons, il y a une foule de nuances qui nous échappent. Tout se passe en anomalie dans notre science, a dit je ne sais plus quel auteur : ôtez à cette expression la forme paradoxale dont elle porte l'empreinte, et vous vous assurerez par la réflexion qu'elle contient un fond incontestable de vérité. C'est donc là, nous le redisons encore, un excellent traité de séméiologie, et où le langage de la nature est aussi exactement reproduit que le peuvent faire des plumes exercées, habiles.

Le traitement des maladies, toujours bien entendu dans ce qu'il offre de plus général, termine enfin ce livre, écrit avec une grande clarté, et que ne surcharge point une fastidieuse, souvent bien inutile érudition. Là encore MM. Béhier et Hardy se montrent avec toute leur prudence et leur sagacité : rien n'est donné à l'aventure; toutes les propositions sont pesées à la balance d'une conscience aussi éclairée que scrupuleuse, et toutes les médications sont judicieusement appréciées.

Telle est l'analyse très-sommaire d'un ouvrage sur lequel nous reviendrons, parce que nous n'en avons pas encore dit tout le bien que nous en pensons. Avant de finir aujourd'hui, qu'on veuille bien nous permettre encore un mot. En relisant ces pages, écrites au courant de la plume, nous nous sommes pris à craindre qu'à la manière dont nous avons parlé de l'excessive circonspection avec laquelle MM. Béhier et Hardy traitent certaines questions dans leur intéressant ouvrage, on ne vienne à les accuser d'un scepticisme qui dépasse les bornes d'un doute légitime : nous tenons à protester à l'avance contre une telle interprétation de notre pensée : non, ce ne sont point là des sceptiques, ce sont des hommes qui savent les difficultés de la science, mais qui croient à la science; nous sommes si convaincu que la lecture de cet ouvrage serait saine à quel-

ques sceptiques légers, qui ne croient pas parce qu'ils ne savent pas, que nous la leur conseillerions comme un antidote sûr contre cette maladie de l'esprit, et que nous ne désespérerions même pas que quelques-uns d'entre eux au moins, s'ils s'en pénétraient bien, ne finissent par s'écrier comme le Polyeucte de notre Corneille : *Je vois, je sais, je crois.*

BULLETIN DES HOPITAUX.

Rhumatisme goutteux chronique des deux mains et de quelques-unes des articulations des membres inférieurs, datant de cinq années. — Traitement par l'iode intus et extra. — Compression méthodique. — Guérison. — Il est une affection grave et rebelle qui, frappant quelquefois dans un âge peu avancé, réduit à l'état d'infirmes des personnes bien portantes d'ailleurs : c'est le rhumatisme chronique, et en particulier cette forme de rhumatisme connue sous le nom de *rhumatisme goutteux*. C'est que ce rhumatisme ne produit pas seulement des douleurs plus ou moins vives ; il désorganise rapidement les articulations qui en sont affectées, et l'on peut voir, dans les asiles destinés aux infirmités incurables, un grand nombre de ces personnes réduites à un état tel, qu'on ne peut concevoir rien de plus déplorable : en proie à des douleurs très-vives, surtout la nuit, avec déformation des articulations et craquements articulaires au moindre mouvement, elles sont incapables de se rendre à elles-mêmes le moindre service.

C'est contre cette affection que M. Lasègue a donné le conseil d'employer la teinture d'iode, déjà recommandée par M. Gendrin, et employée par lui avec beaucoup de succès dans des cas qui présentent beaucoup d'analogie avec ceux auxquels nous faisons allusion. Nous avons été témoin, dans le service de M. Aran, de plusieurs faits de succès qui prouvent qu'il y a grand avantage à associer à l'emploi de l'iode à l'intérieur, les badigeonnages de teinture d'iode à l'extérieur, comme les a recommandés M. Schützenberger ; ces faits prouvent aussi que c'est à tort qu'on ne soumet à aucun traitement actif les personnes qui sont affectées de cette cruelle maladie ; il est probable, en effet, que dans un certain nombre de cas la guérison et peut-être une guérison durable serait obtenue.

Il se présente cependant dans la pratique des cas dans lesquels il semble que l'administration de l'iode à l'intérieur, et son emploi à l'extérieur ne pourraient avoir qu'une action bien insuffisante ; ce

sont ceux dans lesquels, outre des douleurs, des déformations, des roideurs articulaires, il existe dans les jointures une quantité considérable de liquide donnant lieu à de véritables hydrarthroses. Le cas que nous allons rapporter est très-curieux, à ce point de vue que la compression, d'abord avec des appareils dextrinés, puis à l'aide de bandages simples, a triomphé définitivement de ces hydrarthroses, et achevé la guérison déjà en bonne voie sous l'influence de l'iode *intus* et *extra*.

Guendrez (Alexandrine), âgée de trente-cinq ans, est entrée le 3 mai dernier dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Thérèse, nº 10). C'est une femme maigre et sèche, dont la figure exprime la souffrance. D'une constitution autrefois forte et robuste, d'un tempérament lymphatico-nerveux, cette femme n'a jamais eu d'autre maladie que celle dont elle est affectée en ce moment. Elle est réglée depuis l'âge de onze ans et demi, régulièrement, sans flueurs blanches. Mariée depuis quatorze ans, elle n'a jamais eu ni enfants, ni fausses couches. Elle attribue sa maladie à la nature de son travail, qui l'oblige à rester continuellement dans l'humidité.

La malade est occupée depuis plusieurs années à la préparation du poisson frais, et jamais, depuis deux années qu'elle était employée à ce travail, exposée au froid et à l'humidité, elle n'avait épouvé de douleurs rhumatismales ; personne dans sa famille n'en avait jamais été atteint, lorsqu'en 1853 elle a commencé à ressentir des douleurs avec un peu de gonflement dans l'articulation phalango-phalanginienne de l'index gauche. Peu après, des douleurs se sont montrées dans le poignet gauche, puis dans le coude et l'épaule du même côté. Un mois après, la douleur s'est portée dans l'épaule droite et le membre supérieur correspondant. Il y a deux ans, les douleurs ont paru dans le cou-de-pied gauche avec gonflement ; le genou droit s'est pris et s'est tuméfié peu après, ainsi que le genou gauche. Après des alternatives de diminution et d'exacerbation dans le gonflement et les douleurs des articulations déjà envahies des membres inférieurs, ces articulations ont fini par rester continuellement tuméfiées ; de là la déformation de ces mêmes articulations. Quant aux articulations des doigts, elles ont commencé à se déformer très-rapidement à partir du début de la maladie. Dans cet intervalle de cinq années, qui s'est écoulé depuis le commencement des accidents, la malade n'a jamais eu un instant de fièvre, jamais un instant de trouble dans ses fonctions digestives : elle a travaillé, dans les premiers temps, alors que les douleurs lui lais-

saient quelque peu de relâche; mais, depuis près de quatre années, elles est véritablement infirme de ses membres supérieurs, et depuis deux ans que les membres inférieurs ont été envahies à leur tour, toute espèce d'exercice lui est interdit, et la malade, continuellement couchée, a peine à se rendre, avec ses mains, le moindre service. Les douleurs présentent d'ailleurs des exacerbations très-marquées par des temps humides et pendant la nuit; aussi, depuis cinq ans, la malade a perdu presque complétement le sommeil.

Rien de plus triste que la position de cette pauvre femme : toutes les articulations phalangiennes des deux mains sont tuméfiées et déformées, surtout les articulations phalango-phalanginiennes, qui forment des espèces de renflements comme en massue, au niveau desquels il existe une véritable fluctuation. Les articulations métacarpo-phalangiennes n'ont pas entièrement échappé non plus aux atteintes de la maladie, elles sont un peu tuméfiées, et les doigts offrent de la tendance à s'incliner sur le bord cubital de la main. Amaigrissement très-marqué des espaces interosseux à la main droite, un peu moins marqué à la main gauche. Les doigts sont continuellement étendus, et la malade ne peut exécuter que des mouvements très-limités de flexion; dès qu'on cherche à les fléchir, les douleurs sont excessives. Les deux mains sont très-faibles, et la malade ne peut leur demander aucun service; à peine peut-elle s'en servir pour porter les aliments à sa bouche.

Les deux genoux sont énormément tuméfiés et déformés; la peau qui les recouvre est lisse et tendue; la fluctuation y est très-sensible et très-superficielle; les deux genoux ont au moins le volume de la tête d'un enfant de trois ou quatre ans; le gauche est sensiblement plus gros que le droit. Le cou-de-pied gauche est également tuméfié, mais beaucoup moins que les genoux. Les articulations malades des membres inférieurs sont sensibles à la pression, mais surtout dans les mouvements; la malade jette un cri dès qu'on veut les fléchir. La marche est presque complétement impossible; même aidée d'un bras, la malade ne peut se soutenir, et il faut la lever comme un enfant pour faire son lit. Chose remarquable! les douleurs paraissent ainsi limitées, et toutes les autres articulations du corps, le coude excepté, sont indolentes à la pression et libres dans leurs mouvements. Pas de chaleur à la peau ni de fièvre; bon appétit; bruit de souffle un peu rude au premier temps à la pointe du cœur, disparaissant à mesure qu'on remonte vers la base.

La malade est mise immédiatement à un traitement qui consiste dans l'emploi de l'iode *intus* et *extra* : tous les jours, un julep avec

addition de 30 gouttes de teinture d'iode, et badigeonnage de toutes les articulations malades avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure.

Dès le premier jour, l'administration du julep iodé apporte du soulagement dans les douleurs, et ce soulagement est rendu encore plus marqué par les badigeonnages iodés. Néanmoins, le gonflement des articulations ne diminuait pas, et il y avait peut-être peu à compter sur l'iode employé seul dans un cas de ce genre; au moins eût-il fallu acheter la guérison par un temps très-long. M. Aran songea à la compression, et tandis qu'avec une bande large d'un centimètre et demi il entourait chaque doigt isolément d'une enveloppe compressive, il appliqua le 15 juin un bandage dextriné sur les membres inférieurs, depuis le pied jusqu'au-dessus du genou, en ayant la précaution de placer préalablement sur les membres inférieurs un bandage roulé qui débordait la bande dextrinée. Du 15 au 27 juin, la malade garda son appareil dextriné du membre inférieur droit, et, deux jours après, on enleva l'appareil dextriné du membre inférieur gauche. Dans l'intervalle, les doigts étaient badigeonnés chaque jour avec la teinture d'iode, et entourés d'une petite bande compressive.

Les effets de ce traitement furent des plus remarquables. Sous l'influence de la compression, les articulations du doigt avaient diminué rapidement de volume, et vers la fin de juin on pouvait constater leur retour, ou peu s'en faut, à leur mobilité et à leur volume normal. Les appareils dextrinés avaient produit une diminution de moitié au moins dans le volume des deux genoux; mais il restait encore du gonflement et de la fluctuation; seul, le cou-de-pied était entièrement débarrassé.

M. Aran reprend alors les badigeonnages avec la teinture d'iode sur les deux genoux et le cou-de-pied gauche, et commence une compression méthodique avec des compresses graduées sur les parties latérales de la rotule; on continue le même traitement aux deux mains; la malade n'a jamais cessé de prendre son julep iodé. Dans les premiers jours de juillet, le genou gauche est complétement guéri. Le 12 juillet, on s'assure que la résolution est complète dans le genou droit. La malade, qui se levait tous les jours avec des béquilles, commence à s'en passer et à pouvoir marcher seule. Pour hâter sa guérison, on commence à imprimer aux articulations malades des mouvements de jour en jour plus étendus; la souplesse revient très-vite, et la malade quitte l'hôpital le 12 août, dans un état de bien-être qu'elle ne croyait jamais atteindre, ne conservant

de cette affection si ancienne, et qui en faisait une infirme depuis nombre d'années, qu'un peu d'empâtement des genoux et une certaine déformation des doigts.

Hématémèse de cause mécanique, datant de vingt jours. — Traitement infructueux. — Guérison rapide par le perchlorure de fer. — L'emploi du perchlorure de fer se généralise, mais il est encore des médecins qui éprouvent de la répugnance à employer ce médicament à l'intérieur, et qui voudraient le garder pour l'usage externe. Dans notre opinion, le perchlorure de fer peut, au contraire, rendre les plus grand services dans les deux conditions, et, toutes les fois surtout que le perchlorure peut arriver au contact des parties malades, il ajoute une action astringente à l'action tonique reconstituante qui lui est commune avec tous les ferrugineux. C'est ce qui fait du perchlorure un agent thérapeutique si utile dans les hémorrhagies du tube digestif, et en particulier dans l'hématémèse, dont nous allons rapporter maintenant une intéressante observation.

Thérèse F..... entre, le 18 février 1856, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et est couchée au n° 20, salle Saint-Landry, service de M. le professeur Trousseau.

Le 4 février, elle avait reçu à la région épigastrique un coup de timon de voiture qui l'avait renversée, et dont la violence lui avait fait perdre connaissance.

Dans la soirée, elle fut prise de vomissements de sang, qui se continuèrent pendant la nuit et revinrent ensuite deux ou trois fois par jour, jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Le sang vomi était noir, et quelquefois mêlé de caillots.

L'appétit était complétement perdu.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on observa qu'elle vomissait par petites gorgées, mais fréquemment, une certaine quantité de sang noirâtre mêlé parfois à des caillots. La douleur à la région épigastrique était assez intense; l'état général, du reste, était assez bon, l'appétit nul.

Jusqu'au 24 février, on trouvait tous les matins dans le bassin de la malade une énorme quantité de sang noir mêlé de caillots.

Le 22. Les selles avaient de même été mêlées de sang noir, mais cela ne se renouvela plus.

Le ratanhia, la glace, les potions à l'eau de Rabel administrées jusqu'alors n'avaient produit que peu d'amendement.

Le 25. Tout le traitement antérieur fut supprimé, et on donna 1 gramme de perchlorure de fer dans une potion gommeuse.

Le 26. La malade n'avait pas vomi et l'appétit, qui avait manqué jusque-là, commençait à renaître.

Le 27. Pas de vomissements; la malade demande avec instance à manger. — Bouillon; même traitement.

Le 28. Pas de vomissements; augmentation de l'appétit. — Potages; même traitement.

Le 29. Les vomissements n'ont pas reparu. La malade demande sa sortie, mais on la garde pour s'assurer de sa parfaite guérison. — Une portion; même traitement.

Le 1er mars. Le mieux continue; l'appétit augmente. — Deux portions; même traitement.

Le 2 mars. Même état. — On donne 4 portions et le perchlorure est supprimé.

Les jours suivants, la malade se plaint de quelques pesanteurs à l'estomac après le repas; mais ce phénomène se dissipe peu à peu, et la sortie est accordée le 11 mars. La guérison était parfaite.

Ce fait nous offre un exemple frappant de l'action puissante et presque instantanée du perchlorure de fer. Pendant vingt jours, en effet, Thérèse F..... vomit un sang noir mêlé de caillots; une fois même les selles furent chargées de ce sang; l'appétit était complétement aboli.

Du 18 au 25 février, malgré un traitement bien ordonné, les vomissements persistèrent, l'amélioration dans l'état de la malade se fit à peine sentir, et le 25, sous l'influence du perchlorure de fer, tout vomissement cessa brusquement pour ne plus reparaître ensuite; l'appétit commença à renaître. Sept jours suffirent pour amener la guérison, et permettre à la malade de reprendre son régime habituel.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anévrismes *intra-thoraciques. Leur traitement.* La méthode de traitement dont il s'agit, instituée par feu M. Bellingham, est une modification de la méthode de Valsalva, modification heureuse à ce qu'il paraît, d'après le témoignage favorable qu'en ont rendu plusieurs praticiens recommandables de Dublin, au sein de la Société chirurgicale d'Irlande. Voici en quoi elle consiste.

Les malades sont condamnés au repos le plus absolu, dans le décubitus horizontal, pendant des semaines entières; on ne leur permet de se lever sous aucun prétexte; leurs aliments consistent en six onces de boisson et huit onces de pain, de beurre et de viande; on évite avec soin tout ce qui peut accélérer la circulation, et l'on fait des applications intermittentes de glace sur la tumeur anévrismale.

Chez un malade traité par M. Tufnell, qui est un des plus zélés partisans de cette méthode, l'anévrisme avait érodé la troisième et la quatrième côte droite et le sternum, et formait sous la peau une tumeur de 7cent.,5 de diamètre, qui était le siége de battements très-énergiques. Le traitement dura un peu moins de deux mois. Trois ans après la tumeur existait encore, mais elle était solide. M. Tufnell a vu deux cas semblables traités par M. Bellingham. Chez le premier de ces malades, la tumeur présentait les mêmes caractères que chez le précédent; on s'assura que sous l'influence du traitement prolongé pendant deux mois, le sac se consolidait. Le deuxième malade guérit également.

Un malade de M. Hargrave, qui portait une tumeur grosse comme un œuf d'oie et qui en souffrait beaucoup, était considérablement soulagé et voyait la tumeur diminuer de volume tant qu'il se soumettait au régime prescrit; mais il s'en écarta souvent, et à chaque fois il y perdait les avantages déjà obtenus; son état n'était pas changé quand il quitta l'hôpital. Un autre malade, traité par le même médecin, guérit complétement.

Le narrateur ajoute que ces derniers malades prenaient de l'acétate de plomb à l'intérieur.

Enfin un malade de M. Bellingham avait été, à plusieurs reprises, dans l'espace de six ou sept ans, notablement soulagé par cette méthode, et avait pu chaque fois retourner à ses travaux. Il demanda une dernière fois à entrer à l'hôpital; mais on ne put le recevoir et son anévrisme se rompit. Chez un batelier, un anévrisme, gros comme une orange, était réduit au quart de son volume au bout de six semaines.

M. Tufnell est bien loin, du reste, en rapportant ces observations, de les considérer comme des exemples de guérison définitive, mais il est évident du moins que les moyens mis en usage ont au moins retardé considérablement dans tous ces cas la marche de la maladie, calmé les symptômes les plus importants et mis aussi la plupart de ces malades en état de reprendre leurs occupations. (*Dublin medical Press* et *Gaz. hebd.*, septembre 1858.)

Bronchite fétide, *caractérisée chimiquement par la présence de l'acide butyrique dans les crachats*. L'étude de certaines bronchites, remarquables par la fétidité des excrétions bronchiques, ont conduit M. Laycock à différencier ces affections de la gangrène des poumons. Leur principal caractère est dans la nature de cette fétidité, qui n'est pas précisément gangréneuse, mais rappelle plutôt l'odeur stercorale ou butyreuse. L'analyse chimique lui a montré la présence de cet acide butyrique dans les sécrétions bronchiques. Cette distinction est précieuse, et pourra servir à se rendre un compte plus net des cas d'affections pulmonaires, simulant des gangrènes du poumon. Ces bronchites, avec altération du produit de sécrétion, ont paru au professeur d'Edimbourg devoir être rapportées à une perversion du système nerveux du genre de celles reconnues par M. Cl. Bernard dans ses recherches sur l'apparition du sucre dans le sang, après la piqûre du quatrième ventricule.

Les observations rapportées par le professeur Laycock portent, en effet, sur des cas où les centres nerveux étaient évidemment malades et pervertis par dépression. Dans le premier cas, il existait un delirium tremens, dans le second cas, un ramollissement cérébral; le troisième se rapportait à une femme portant les traces d'une intoxication paludéenne. Dans ces trois cas la fétidité des crachats disparut, à la suite de l'usage de la strychnine, donnée à titre de tonique névrosthénique.

Trois faits ne sauraient suffire pour trancher les questions d'étiologie et de nature que pose le professeur d'Edimbourg, mais on ne saurait refuser une certaine dose d'originalité à la doctrine qu'il expose. Reste au contrôle de l'expérience à nous apprendre ce que nous devons en accepter (*Med. Times* et *Gaz. méd.*, août.)

Fractures (*Moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et les ankyloses dans le traitement des*). La longue immobilité à laquelle les articulations sont condamnées par l'usage des appareils classiques de fractures amène fréquemment des roideurs opiniâtres, sinon des ankyloses. Il restait à trouver une méthode qui conciliât, avec l'immobilité des fragments, la mobilité des jointures voisines, et pût remplir à la fois deux indications qui paraissaient incompatibles. Pour répondre à ce but, M. Morel-Lavallée a imaginé un appareil aussi simple que logique. Au lieu d'entourer le membre d'un cylindre inflexible dans

toute sa longueur, son bandage, au niveau de chaque articulation, présente une brisure correspondante.

Pour établir cette brisure, il suffit, dans un appareil solidifiable ordinaire, de placer un corps gras entre deux tours de bande superposés. Ainsi lubrifiés par leurs surfaces contiguës, ces deux tours restent indépendants, et jouent merveilleusement l'un sur l'autre. Cet artifice n'exige d'ailleurs que deux règles spéciales :

1° Des deux circonvolutions qui composent l'articulation du bandage en s'emboîtant l'une l'autre, l'*interne*, celle qui entoure l'os fracturé, doit être enveloppée par celle qui recouvre la jointure ;

2° Cette circonvolution interne doit, surtout dans les fractures des jointures, s'avancer jusqu'à l'extrémité brisée de l'os et même un peu au delà; double disposition qui laisse entière la contention.

On remplit ces deux conditions en posant l'appareil par segments qui correspondent à ceux du membre qu'il doit recouvrir. On commence par l'os fracturé, sur lequel la première bande s'épuise, en le parcourant d'une extrémité à l'autre. Ensuite on étend une couche mince d'axonge sur la circonvolution initiale, si c'est là seulement qu'on veut articuler le bandage, et aussi sur la circonvolution terminale, dans le cas où il doit passer en ce sens sur une autre jointure.

Le corps gras interposé aux circonvolutions ne les a pas tellement séparées qu'elles ne restent encore unies en plusieurs points, ce qui donne temporairement à l'appareil les propriétés d'un moule inflexible. Après les premiers jours, huit, dix ou même davantage, dès que la douleur le permet, une légère flexion imprimée à l'articulation du bandage lui rend sa mobilité. Alors le chirurgien peut, dans une mesure convenable, faire exécuter à la double jointure de l'appareil et du squelette des mouvements chaque jour plus étendus. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, juillet.)

Inhalations *des vapeurs de l'ammoniaque ; leur emploi dans les phlegmasies chroniques des voies respiratoires.* On sait que les préparations ammoniacales ont été depuis longtemps préconisées dans le traitement des phlegmasies chroniques des muqueuses et en particulier des muqueuses aériennes. Les médecins allemands ont particulièrement préconisé, dans ces derniers temps, l'usage du chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur. M. Gieseler, s'étant assuré de l'innocuité de la respiration des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, a eu l'idée de l'administrer en inhalations. L'appareil employé consiste en un creuset de Hesse, soutenu au-dessus d'une lampe à alcool à cheminée. De 6 à 12 grammes de sel ammoniac, purifié et sec, sont mis dans le creuset et vaporisés en une séance. Le malade est assis devant l'appareil et respire les vapeurs de plus ou moins près. Celles qui se dégagent directement sont plus irritantes et plus actives que les vapeurs blanches, qui ne tardent pas à remplir la pièce. Le malade prolonge ces inspirations en restant encore une ou deux heures dans la chambre. On les renouvelle tous les jours, et deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Ordinairement ce n'est que dans les premières séances que ces inhalations déterminent de la toux ; plus tard le malade n'éprouve qu'un sentiment de chaleur dans les voies respiratoires. Quand les poumons sont très-irritables, il faut se contenter, au commencement, du séjour dans l'atmosphère chargée de vapeurs, sans respirer celles-ci directement. Ce mode est le seul applicable chez les petits enfants. Par ces fumigations, les poumons et la peau deviennent plus souples; le malade doit donc éviter l'impression du froid, non-seulement pendant les séances, mais même pendant tout le traitement.

M. Gieseler recommande les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque à titre de résolutif, non-seulement dans les catarrhes pulmonaires, la phthisie tuberculeuse, la coqueluche, mais encore dans l'ophthalmie scrofuleuse et rhumatismale, dans la blennorrhagie du sac lacrymal et le pannus mince, dans le catarrhe de la trompe d'Eustache, dans le catarrhe aigu et chronique de la vessie.

Tout en accordant à l'opinion de M. Gieseler et à son témoignage tout le crédit qu'ils méritent, nous pensons qu'il faudra encore des expériences plus multipliées avant d'admettre cette médication comme usuelle, et qu'on ne saurait apporter dans ces expériences mêmes trop de réserve et de prudence. (*Gaz. hebd.*, septembre 1858.)

Moxas (*Modification apportée à la confection des*). L'idée de modifier les moxas ordinaires a été puisée dans cette circonstance, que ces moxas ont

l'inconvénient de brûler trop vite ou trop lentement, de répandre des étincelles autour d'eux ou de s'éteindre. Voulant éviter ces divers inconvénients, M. Cramer a substitué aux moxas ordinaires un cylindre de ouate fine, fortement serré, dont il augmente encore la densité en l'entourant de fils de coton sur plusieurs points isolés, et dont il imbibe les deux extrémités d'une couche de collodion, qu'il laisse sécher. Pour appliquer ces moxas, après avoir allumé un de leurs bouts, on colle l'autre à la peau au moyen d'une ou deux gouttes de collodion, et on entretient la combustion en soufflant, soit avec la bouche, soit avec un soufflet de cheminée, ou mieux encore avec un chalumeau. M. Cramer assure s'être servi de ce procédé avec avantage. (*Echo médical Suisse*, et *Gaz. hebd.*, août 1858.)

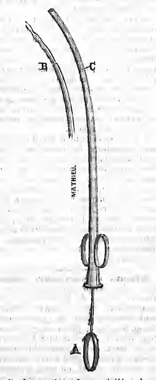
Ophthalmie purulente, *Nouveau traitement par l'isolement des surfaces.* Les médications les plus rationnelles employées pour combattre l'ophthalmie purulente laissent encore assez à désirer dans leurs résultats pour qu'il soit permis de rechercher une méthode de traitement plus efficace contre cette redoutable affection. Les nombreux insuccès de la pratique ordinaire ont conduit un médecin belge, M. de Condé, à abandonner les errements suivis jusqu'à ce jour et à prendre pour point de départ des indications thérapeutiques d'autres données que celles qui ont été émises. Pour l'auteur, le plus grand danger, dans les ophthalmies purulentes, provient du contact de la paupière supérieure tuméfiée, enflammée et versant des flots d'un pus âcre et corrosif sur la surface de l'œil. La chaleur excessive de la paupière, dont la surface interne est rugueuse et inégale, trouble la nutrition de la cornée; jointe à l'action irritante du pus, elle ne tarde pas à l'entamer, à la ramollir et à la détruire. Il importe donc, pour prévenir ces fâcheux effets, d'empêcher le contact des membranes enflammées, comme on le fait pour la vaginite, la balano-postite. Mais il fallait ici, comme agent intermédiaire entre les conjonctives oculaire et palpébrale, un corps assez doux pour ne point blesser des parties aussi sensibles. Il fallait que cet agent pût absorber la matière purulente et se prêter par sa souplesse, par son élasticité, au contour et aux mouvements du globe oculaire. M. de Condé a pensé que l'ouate présentait tous ces avantages au plus haut degré. Il a introduit au-dessous de la paupière supérieure, le plus avant possible, une mèche de coton assez longue pour dépasser, par ses extrémités, les deux angles de l'œil. Les résultats ont pleinement confirmé ses prévisions. La mèche renouvelée toutes les deux ou trois heures, aussi longtemps que l'inflammation laissait craindre des accidents, était imbibée d'une solution d'acétate de plomb (5 grammes sur 100 grammes d'eau), destinée à augmenter la puissance antiphlogistique du corps isolant. Dans les cas où la cornée présenterait des traces de ramollissement, l'acétate de plomb, pouvant faciliter le sphacèle, devrait être remplacé par l'huile de foie de morue, capable, au contraire, de raffermir les tissus fibreux de l'œil. Le perchlorure de fer trouverait aussi son indication dans certains cas, pour modifier la sécrétion muqueuse. L'emploi de ces moyens, imaginés par M. de Condé, ne lui fait point exclure du traitement les émissions sanguines, la cautérisation au nitrate d'argent, les lavages par injections, la pommade au précipité rouge, le calomel à l'intérieur, etc. C'est par la combinaison de tous ces moyens qu'il a obtenu des guérisons très-remarquables chez cinq malades affectés d'ophthalmie purulente grave, dont il rapporte les observations. Chez tous les malades, l'introduction de la mèche d'ouate a paru exercer une influence marquée, en diminuant les accidents inflammatoires et en abrégeant, d'une manière notable, la durée de la maladie. (*Ann. d'oculistique*, juillet.)

Phlegmon *diffus de la jambe rapidement guéri par la compression digitale de l'artère.* Les beaux succès que M. Vanzetti a obtenus de l'emploi de ce mode de compression, dans les cas d'anévrisme, l'ont conduit à appliquer le même procédé, soit comme moyen abortif, soit comme moyen curatif des inflammations externes des membres. Le cas suivant permet de juger de l'efficacité de cette pratique, ainsi que de son mode d'emploi. — Un homme, âgé de cinquante six ans, entre à la clinique chirurgicale de l'université de Padoue le 4 mai dernier. Depuis la veille il avait été pris le matin de vives douleurs dans la jambe gauche. A son entrée, on constata que le membre était le siége d'un gonflement élastique, qu'il était chaud, parsemé de larges taches ecchymotiques, très-sensible à la pression; sa cir-

conférence était supérieure de 3 centimètres à celle de la jambe droite; ganglions inguinaux tuméfiés et douloureux. Un chirurgien du même hôpital avait diagnostiqué un phlegmon et ordonné une saignée et des cataplasmes, prescription qui ne fut point exécutée à cause du transport immédiat du malade dans le service de la clinique. Là on se borna à comprimer la fémorale avec le doigt. Dès les premières heures, le malade accusa un soulagement manifeste et dit éprouver une sensation de rafraîchissement au lieu de la chaleur incommode dont il se plaignait jusque-là. A quatre heures de l'après-midi on pouvait passer un doigt sous le fil mensurateur placé autour du membre. La pression fut continuée toute la nuit, avec de rares intermittences. Le 5, au matin, cessation de tous les symptômes, plus de tension, ni de gonflement, ni de douleurs; le pouls est tombé de 76 à 56 pulsations; le malade peut marcher librement. Gardé encore six jours pour éviter toute occasion de rechute, il sortit au bout de ce temps parfaitement guéri.

Les bons effets d'un arrêt complet de la circulation artérielle n'est pas un fait nouveau; quelques chirurgiens même n'avaient pas hésité à proposer de combattre certaines dégénérescences cancéreuses par la ligature des vaisseaux qui se rendent dans la tumeur; mais cette méthode n'est pas entrée dans la pratique. Il n'en sera pas de même du procédé que préconise M. Vanzetti : il est inoffensif, facile à mettre en œuvre et viendra utilement en aide à l'influence de la position qui facilite la circulation de retour. (*Gaz. Stati sardi*, août.)

Prostatite chronique, *son traitement local par l'onguent mercuriel*. Jusqu'ici l'on s'est borné à introduire les pommades médicamenteuses dans l'urètre; M. le docteur Garreau (de Laval) vient proposer de dépasser les limites de ce canal et d'atteindre la prostate engorgée. Ce médecin a fait choix de l'onguent napolitain, qu'il porte dans la région prostatique avec une sonde à piston. Cet instrument, fabriqué par M. Mathieu, se compose d'une sonde courbe, bien polie à l'intérieur, afin que le jeu du piston soit plus doux; le troisième anneau, que l'on voit à la partie inférieure de l'instrument, tient à la tige du piston et permet de lui faire exécuter le mouvement de va-et-vient avec le pouce, pendant que l'index et le médius maintiennent la sonde par les deux anneaux qui y sont fixés. M. Garreau fournit à l'appui de sa pratique



trois observations de prostatites chroniques rapidement guéries. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, août.)

Teigne. *Sa guérison radicale, en huit minutes, par le sulfure de chaux bibasique*. Voici comment le docteur Malago, de Ferrare, s'exprime au sujet de cette nouvelle méthode de traitement : « J'ai obtenu la guérison radicale de la teigne, dans l'espace de huit minutes environ, en employant le sulfure de chaux bibasique. J'ai essayé ce médicament sur six malades de l'hôpital civil, âgés de trois à douze ans : il n'a besoin d'être appliqué qu'une seule fois sur les parties malades; dans deux cas seulement, je me suis vu obligé d'en répéter l'application à quelques jours de distance. Il doit être employé avec une grande circonspection, sous la forme d'une pâte molle et chaude, à l'aide d'un pinceau; il a une action

caustique, et dans le cas de favus disséminé, il faut bien faire attention de ne pas en étendre sur les parties du cuir chevelu restées intactes.

« Préalablement à l'emploi de ce remède, on doit raser les cheveux le plus exactement possible. On applique ensuite la pâte, qui doit être très-chaude, sous peine de ne produire aucun résultat; on la laisse agir de six à huit minutes, pendant lesquelles les malados ne ressentent aucune douleur; puis, à l'aide de lotions pratiquées avec un autre pinceau imbibé d'eau pure ou des compresses mouillées, on enlève les traces du topique.

« Le remède dont il s'agit est composé de sulfure de chaux sec et de chaux récemment éteinte et réduite en consistance molle; on unit ces deux substances et on en forme un sel de chaux à double base. Le mélange de chaux, récemment éteinte avec le sulfure, doit être fait à chaud et peu de temps avant que le remède soit appliqué; attendu que, comme je l'ai dit, le sulfure se solidifie en se refroidissant. » (*Raycogliton* et *Gaz. méd. de Lyon*, septembre.)

Utérus (*Renversement complet de l'*) *réduit d'après la méthode arabe.* Donner le nom de méthode à ce que nous allons décrire pourra paraître peut-être bien ambitieux; mais comme, lorsqu'il s'agit de guérison, c'est beaucoup plus le résultat qu'il faut envisager que la nature même du moyen, quelque grossier qu'il puisse paraître au premier abord, on nous permettra de conserver cette qualification. Nous ne sommes d'ailleurs, dans cette circonstance, que l'écho d'un confrère honorable, qui, après avoir été témoin du fait, n'a pas hésité à le rapporter et à le signaler même comme un exemple qu'il pourrait être bon de suivre dans un de ces cas où l'on en appelle volontiers à toutes les ressources extrêmes. Voici ce fait:

Une femme juive, de trente-cinq ans, avait mis au jour, depuis quatre heures, un enfant vivant; elle était assistée d'une matrone juive qui tirait, à le rompre, le cordon amené presque au dernier degré de son élasticité, lorsque le docteur Castex, appelé, constata un renversement complet de l'utérus, que l'ignorante vieille prenait pour le placenta. Toutes les tentatives de réduction ayant échoué, le médecin se retire fort inquiet de ce qui va survenir; le lendemain matin, on le rappelle pour lui annoncer qu'une femme mauresque a fait rentrer la tumeur. Fort intrigué, M. Castex s'informe, et il apprend que deux hommes vigoureux, saisissant la patiente par les pieds, l'avaient maintenue suspendue, la tête en bas. Alors la matrone mauresque avait versé sur la tumeur une bouteille d'huile; quelques pressions manuelles sur le globe hernié avaient fait le reste. Malheureusement, quelques jours après, une métro-péritonite fit tout à coup explosion et foudroya la malade.

M. Castex ne croit pas, et avec raison suivant nous, qu'il fût juste d'imputer cette terminaison à ce procédé de réduction. Ce sont bien plutôt, comme il le pense, les barbares manœuvres de la matrone juive, qui ont dû amener l'inflammation métro-péritonéale. Il ne lui paraîtrait donc pas par trop déraisonnable d'inscrire ce procédé à titre de ressource extrême (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1858.)

VARIÉTÉS.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

La grande pensée d'une Association générale des médecins de notre pays est enfin réalisée. La Commission, composée des hommes éminents que M. Rayer conviait, il y a quelques mois à peine, à venir poser avec lui les bases de cette belle institution, non-seulement a accompli sa tâche avec un zèle sans exemple, mais encore, poursuivant son but sans aucun relâche, a obtenu pour son œuvre la sanction du gouvernement. . . .

L'Association générale, telle qu'elle est proposée au corps médical, nous semble répondre aux aspirations de tous. Elle est à la fois unitaire et fédéra-

tive. Tout en respectant les Sociétés existantes, elle sait prévoir les besoins particuliers ; ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, là où le nombre des médecins ne sera pas assez considérable pour constituer une Société locale, nos confrères ne resteront pas pour cela en dehors de l'Association et pourront faire partie de la Société centrale. Mais ce que nous louons le plus dans ce magnifique programme, c'est la protection professionnelle que l'Association promet à chacun de ses membres (art. 1 et 6). Cette promesse, fidèlement remplie, rendra inutile dans l'avenir le secours, objet principal, aujourd'hui, de l'institution.

Statuts de l'Association.

TITRE Ier. — COMPOSITION DE L'ASSOCIATION ; — SON NOM ; — SON OBJET.

Art. 1er. Il est établi une Association de prévoyance, de protection et de secours mutuels pour tous les médecins de France.

Art. 2. Sa durée est illimitée.

Art. 3. Son siége est à Paris.

Art. 4. Elle prend le nom d'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

Art. 5. L'Association générale se compose de toutes les *Sociétés locales* formées sous son influence et de toutes celles qui se rattachent à elle pour concourir à l'œuvre commune.

Art. 6. Le but de l'Association générale, comme celui des Sociétés locales qui la composent, est : de venir au secours des sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités, réduisent à un état de détresse ; — de secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés ; — de donner aide et protection à ses membres ; — de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ; — de fonder dans l'avenir une caisse de retraite ; — de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance.

Art. 7. L'Association générale procède à son œuvre par deux opérations. — Premièrement : elle prépare l'organisation des *Sociétés locales*. — Elle forme une *Société centrale* destinée à réunir : les médecins de l'armée et de la flotte ; — les médecins qui, par la nature de leur service, n'ont pas de résidence fixe ou résident hors de France ; — les docteurs en médecine ou en chirurgie disséminés dans les arrondissements et départements où il n'existerait pas de Société locale agrégée à l'Association générale. — Deuxièmement : elle relie entre elles les Sociétés ainsi formées ; — elle agrége les Sociétés déjà existantes ; — elle prépare, fonde et administre les établissements d'assistance de toute nature qui rentrent dans le but de l'institution.

Art. 8. L'Association générale est représentée par des Assemblées générales. — Elle est dirigée et administrée par un Conseil général.

Section première. — *Association générale. — Conseil général. — Composition. — Attributions. — Conseil judiciaire.*

Art. 9. Le Conseil général est composé : 1° du président de l'Association nommé par l'Empereur ; — 2° de quatre vice-présidents ; — 3° d'un secrétaire

général archiviste; — 4° de deux vice-secrétaires; — 5° de vingt-cinq conseillers. — Les membres du bureau et les membres du Conseil général sont élus pour cinq ans, à la majorité absolue des suffrages par l'Assemblée générale : ils sont rééligibles. — Les deux tiers au moins des membres du Conseil général doivent résider à Paris.

Art. 10. Le Conseil général est assisté par un Conseil judiciaire, dont la composition et les attributions seront déterminées par un règlement spécial soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Art. 11. Le Conseil général dirige l'Association générale dans son ensemble; il agit en son nom. — Il provoque la formation des Sociétés locales et de la Société centrale; il agrége les Sociétés formées en dehors de l'Association générale. — Il statue sur les demandes de secours faites par les Sociétés dont les fonds se trouvent insuffisants. — Il nomme le Comité administratif. — Il prépare et propose à la sanction de l'Assemblée générale les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre.

Art. 12. Le Conseil général publie tous les ans un compte rendu des actes de l'Association. — Il convoque les Assemblées générales.

Art. 13. Le président du Conseil général préside, toutes les fois qu'il le juge convenable, le Comité administratif, la Commission administrative, et généralement toutes les commissions, réunions et assemblées de l'Association.

Art. 14. Le secrétaire général a le dépôt des archives; il rédige les procès-verbaux du Conseil général et des Assemblées générales, et est chargé en outre de la correspondance. — Il fait les comptes rendus annuels.

Art. 15. Le Conseil général nomme un agent comptable. — Les fonctions de l'agent, ses obligations, sa responsabilité, son cautionnement, ses rapports avec le Comité et avec le Conseil seront déterminés par le règlement.

Section II. — *Ressources et charges de l'Association générale.*

Art. 16. Les ressources de l'Association générale se composent : 1° des droits d'admission dus par les sociétaires à leur entrée dans les Sociétés locales ou dans la Société centrale; — 2° des dons, legs et affectations faits à l'Association générale; — 3° du montant des cotisations annuelles que doivent verser à la Caisse générale toutes les Sociétés unies. — Ces cotisations sont d'un dixième des revenus annuels desdites Sociétés.

Art. 17. Les charges de l'Association générale consistent : 1° en frais d'administration; — 2° en subventions à répartir entre les Sociétés locales qui les réclament et qui justifient en avoir besoin; — 3° en dépenses de premier établissement des caisses et institutions prévues dans l'article 7; — 4° en dépenses de service et d'entretien desdites institutions.

Art. 18. Lorsqu'une Société locale a épuisé ses fonds de secours, elle s'adresse au Conseil général qui en délibère et qui statue sur la demande. — Toutes les demandes doivent être adressées avant le 1er novembre. — Le Conseil général ne statue qu'après cette époque, lorsqu'il a pu apprécier le nombre, l'importance, la légitimité des demandes et les ressources dont il dispose pour y faire droit.

Section III. — *Assemblées générales de l'Association générale.*

Art. 19. Tous les ans, dans le mois d'octobre, l'Association tient, à Paris,

une assemblée générale. — L'Assemblée est présidée par le président de l'Association assisté du bureau du Conseil général. — L'Assemblée générale se compose des membres du Conseil général et des présidents des Sociétés locales, ou, à défaut du président, d'un membre désigné par lui.

Art. 20. Dans la réunion annuelle, le secrétaire général expose la situation morale et financière de l'Association. — Tous les cinq ans, l'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil général.

Art. 21. Aucune question étrangère au but spécial de l'Association ne peut être soumise à l'Assemblée générale.

Art. 22. Les délibérations de l'Assemblée générale sont prises à la simple majorité des votes exprimés.

Art. 23. Dans le cas où l'Assemblée générale serait appelée à statuer sur la dissolution de l'Association générale, la délibération n'est valable pour prononcer la dissolution que si elle est prise par une majorité représentant les trois quarts au moins des Sociétés qui composent l'Association générale. — Cette délibération ne peut être prise que dans une assemblée extraordinaire convoquée spécialement pour prononcer sur la dissolution. Elle n'est valable qu'après l'approbation du ministre de l'intérieur. —En cas de dissolution, les fonds restant en caisse seront répartis entre les Sociétés locales, proportionnellement au nombre de leurs membres.

TITRE II. — SOCIÉTÉS LOCALES ; — SOCIÉTÉ CENTRALE.

SECTION PREMIÈRE. — *Sociétés locales.*

Art. 24. Une Société locale peut se former dans un département ou dans un arrondissement aussitôt que vingt-cinq médecins au moins, habitant ce département ou cet arrondissement, en auront exprimé la volonté. — Dès que des adhésions en nombre suffisant sont parvenues au Conseil général, il provoque l'organisation de la Société locale, si l'initiative de cette organisation n'a pas été spontanément prise par les médecins du département ou de l'arrondissement.

Art. 25. Les statuts et règlement de chaque Société locale sont délibérés par les médecins formant la Société; ces statuts doivent être mis en harmonie avec les conditions de mutualité générale réglées par les présents statuts, et répondre aux exigences de la législation existante, résumées dans le décret du 26 avril 1852. — Ces statuts et règlements devront être soumis à l'approbation du préfet.

Art. 26. Chaque Société locale est administrée par une Commission composée : 1° d'un président; 2° d'un vice-président; 3° de deux membres par arrondissement; 4° d'un secrétaire; 5° d'un trésorier. — Le président est nommé par l'Empereur ; les autres membres sont élus par la Société.

Art. 27. La Commission administrative est renouvelée tous les cinq ans, à la majorité relative des suffrages. Ses membres sont rééligibles.

Art. 28. Les Commissions des Sociétés locales administrent et distribuent les fonds de secours qui leur appartiennent ; elles adressent au Conseil général les sommes destinées à former le fonds de l'Association générale.

Art. 29. Le président signe avec le trésorier les ordonnances de payement de toute nature.

Art. 30. Le secrétaire reçoit les demandes d'admission et de secours, il rédige les procès-verbaux ; il est chargé de la correspondance.

Art. 31. Les membres de chaque Société locale se réunissent tous les ans en Assemblée générale. — L'Assemblée entend le rapport des opérations de l'année, reçoit les comptes et les approuve.

Art. 32. S'il se forme une ou plusieurs Sociétés entre les médecins habitant l'Algérie et les autres possessions coloniales de la France, ces Sociétés pourront se relier à l'Association générale en remplissant les conditions prescrite par le titre III.

Art. 33. Les Sociétés médicales approuvées déjà existantes, et celles qui se fonderaient ultérieurement, en dehors de l'Association générale, peuvent se réunir à elle : le fonds de réserve réalisé par ces Sociétés, les dons et legs qu'elles possèdent ou qui pourraient leur être faits, restent leur propriété exclusive. — Les sociétaires composant les Sociétés qui s'agrégeront à l'Association générale ne payent pas le droit d'admission.

Section II. — *Société centrale.*

Art. 34. Il est établi à Paris une Société destinée à compléter le système des Sociétés locales. — Cette Société prend le nom de *Société centrale*. — Elle est composée de tous les médecins qui se trouvent dans les conditions exprimées dans l'article 7. — Elle est administrée par une Commission spéciale nommée à cet effet par le Conseil général et présidée par le président de l'Association générale.

Art. 35. — La Société centrale est organisée sur les mêmes bases que les Sociétés locales. — Ses règlements sont préparés par la Commission spéciale, arrêtés par le Conseil général, et soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE III. — Règles communes a toutes les sociétés faisant partie de l'association générale.

Section première. — *Admission. — Démission. — Exclusion. — Cotisations annuelles. — Secours. — Dissolution. — Jugement des contestations.*

Art. 36. Est apte à faire partie d'une des Sociétés unies dans l'Association générale : tout médecin pouvant exercer en France, en vertu des lois, décrets et ordonnances qui régissent l'exercice de la médecine, et habitant le continent de l'Empire, le département de la Corse, l'Algérie et les colonies ; — tout médecin de l'armée et de la flotte ; — tout médecin remplissant une mission hors de France.

Art. 37. Le médecin qui veut s'associer à l'Association générale doit faire acte d'adhésion aux statuts de la Société locale de sa résidence ou aux statuts de la Société centrale.

Art. 38. Chaque sociétaire est tenu de payer, au moment de son admission, une somme de 12 francs destinée au fonds de l'Association générale.

Art. 39. Le sociétaire est tenu de payer, avant le 1er mars de chaque année, pour le service de la Société dont il fait partie, une cotisation annuelle de 12 francs au moins. — Le taux de la cotisation pourra être augmenté pour

les Sociétés locales dont les ressources auraient été reconnues insuffisantes, après examen des états de situation fournis chaque année au préfet, en vertu de l'article 20 du décret organique sur les Sociétés de secours mutuels.

Art. 40. Les membres qui n'ont pas rempli les obligations prescrites par les articles 38 et 39 sont considérés comme démissionnaires, s'ils ne présentent à leur Commission administrative des explications qui soient acceptées par elle ; ils n'ont aucun recours à exercer pour les fonds qu'ils auront versés précédemment.

Art. 41. Ne peut être admis dans l'Association ou continuer à en faire partie le médecin convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme ou qui compromettent la dignité de la profession. — Les Sociétés locales déterminent dans leur règlement intérieur les conditions et les formes d'admission et d'exclusion.

Art. 42. Peuvent obtenir des secours : les sociétaires ; — leurs veuves et leurs enfants ; — leurs ascendants.

Art. 43. Le sociétaire n'a droit à des secours qu'après avoir fait partie de la Société pendant trois années consécutives. Cependant si, avant l'expiration de ce délai, il est fait une demande suffisamment motivée, un secours exceptionnel peut être accordé.

Art. 44. Toute demande de secours doit être adressée au secrétaire de la Société locale à laquelle le demandeur appartient. — La Commission locale examine la demande, prend les informations et statue sur le droit au secours et sur son importance.

Art. 45. Les secours distribués ne sont que temporaires. Ils peuvent être renouvelés, mais sans engager l'exercice suivant.

Art. 46. Lorsque les ressources le permettront, l'Association générale pourra créer des pensions viagères d'assistance dont elle réglera l'importance et les conditions d'attribution.

Section II. — *Ressources et charges des Sociétés locales.*

Art. 47. Les ressources des Sociétés locales se composent : 1° des dons et legs faits à la Société ; — 2° du produit des cotisations ; — 3° du revenu des fonds placés.

Art. 48. Les charges annuelles de chaque Société se composent : 1° de la cotisation due par chaque Société à l'Association générale ; — 2° des frais d'administration ; —3° des secours ; —4° d'un prélèvement fixé par l'Assemblée générale sur les revenus annuels, pour constituer le fonds de réserve de la Société.

Section III. — *Dissolution des Sociétés locales et de la Société centrale.*

Art. 49. La dissolution ne peut être prononcée qu'en Assemblée générale de la Société, spécialement convoquée à cet effet, et par un nombre de voix égal aux trois quarts des membres inscrits. — La liquidation s'opérera suivant les conditions prescrites par l'article 15 du décret organique du 26 mars 1858. — L'Association générale recueille les fonds qui forment le reliquat de la liquidation de la Société dissoute.

Section IV. — *Jugement des contestations.*

Art. 50. La Commission administrative de chaque Société locale, en premier ressort, et le Conseil judiciaire de l'Association générale, d'une manière sou-

veraine, sont constitués juges de toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation et à l'exécution des statuts et règlements. — Les membres de l'Association s'interdisent tout recours devant les tribunaux, sous peine d'exclusion.

TITRE IV. — DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

ART. 51. Jusqu'à ce que les Sociétés locales soient fondées, les adhésions à l'Association doivent être adressées au secrétaire du Conseil général à Paris.

ART. 52. La Commission fondatrice, ayant reçu délégation pour rédiger les présents statuts, pour obtenir les autorisations nécessaires, remplit les fonctions attribuées au Conseil général, jusqu'à la première Assemblée générale de l'Association, qui aura lieu dans le mois d'octobre 1859.

Rétablissement du baccalauréat ès lettres.

Le *Moniteur* vient de publier le décret qui rétablit le baccalauréat ès lettres pour ceux des étudiants en médecine qui aspirent au doctorat. Avant de reproduire ce décret, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs les passages suivants du rapport de M. le ministre de l'instruction publique; ils suffiront pour rallier l'unanimité de nos confrères à une mesure si vivement réclamée par les représentants les plus éminents du corps médical :

« L'art de guérir, si précieux à l'humanité, exige, pour être cultivé et appliqué avec succès, autant d'efforts d'intelligence et de jugement que de connaissances théoriques et pratiques. Sans nul doute, le docteur en médecine, digne de ce nom, doit avoir étudié laborieusement et la structure du corps humain et les phénomènes morbides, et la matière médicale, et c'est d'abord aux procédés de l'observation la plus attentive qu'il consacre ses forces et ses veilles. Mais l'observation elle-même serait stérile si toutes les ressources d'un esprit juste, actif, pénétrant, ne venaient à la fois l'assurer et l'étendre ; il faut que la médecine, luttant contre les maladies de l'homme, connaisse l'homme tout entier, dans sa double essence physique et morale.

« C'est en spiritualisant ainsi la science médicale, si riche d'ailleurs d'enseignements positifs, que notre époque, répudiant les systèmes absolus, a si largement constitué l'art de guérir, et l'a placé au sommet des professions sociales. Pourquoi donc dispenserait-on les aspirants au doctorat en médecine de l'épreuve générale des études littéraires ? Mais ce sont ces études qui donnent au goût, au cœur et à l'esprit les tendances les plus délicates et les impulsions les plus heureuses. Le médecin, attaché à des travaux infinis, consulté dans toutes les classes de la société pour tous les maux qui affectent le corps et l'intelligence, obligé à tant de discernement et d'action morale, doit être, avant tout, préparé à l'apprentissage scientifique par une instruction littéraire complète. En négligeant les humanités, il néglige un élément indispensable pour lui, il écarte un moyen de succès et d'influence, et il crée peut-être un véritable obstacle à l'autorité comme au progrès de l'art qu'il exerce. Telle est la courte analyse des raisons qui ont prévalu pour exiger des aspirants au doctorat le diplôme de bachelier ès lettres.

« Mais, Sire, Votre Majesté n'eût pas trouvé bon que l'on restât dans un système exclusif. Il ne s'agit pas ici d'une lutte entre les sciences et les lettres, il s'agit de régler avec sincérité et bon sens le genre d'études préparatoires

qu'il convient d'imposer aux élèves en médecine. Aussi, dans les discussions qui ont eu lieu, presque tout le monde, après le rétablissement du diplôme de bachelier ès lettres, a reconnu qu'il fallait demander aussi la preuve de certaines connaissances scientifiques. La physique, la chimie, la botanique, sont, dans une légitime mesure, nécessaires au jeune homme qui se propose d'étudier la médecine. Si on le jette dans cette étude si variée et si absorbante des maladies de l'homme et des moyens de guérir, sans aucune notion suffisante de ces sciences spéciales, appelées sans cesse au secours de l'observation pathologique et de l'application de la matière médicale, il éprouvera les plus grandes difficultés. Il faut qu'en sortant de l'enseignement secondaire il soit prêt à profiter des cours de la Faculté de médecine, qui supposent l'élève au courant des éléments généraux des sciences physiques et naturelles.

« Aussi la disposition fondamentale du projet de décret vient-elle réaliser cette alliance juste et vraie des sciences et des lettres pour les aspirants au doctorat en médecine, en exigeant tout à la fois l'obtention du baccalauréat ès lettres avant la première inscription, et celle du baccalauréat ès sciences *restreint* avant la troisième inscription.

« Tel qu'il existe aujourd'hui, le programme du baccalauréat ès sciences comporte une série de connaissances mathématiques qui, judicieusement exigées pour d'autres carrières, semblent inutiles pour une bonne préparation à l'étude de la médecine. C'est pourquoi, Sire, le projet de décret dispense les élèves en médecine, dans l'épreuve du baccalauréat ès sciences, des questions les plus difficiles applicables aux sciences mathématiques. Ainsi se justifie l'expression de baccalauréat ès sciences *restreint*. Quant au délai de six mois, pour l'obtention de ce baccalauréat, il a été déterminé par des considérations pleines d'équité. L'exigence du double diplôme grève les aspirants d'un travail assez lourd, et elle est une charge exceptionnelle pour la carrière du doctorat en médecine. Il a donc paru très-équitable d'accorder à l'élève, sortant des cours de l'enseignement secondaire avec le diplôme de bachelier ès lettres, un délai pour reprendre haleine et se mettre en mesure de soutenir l'examen du baccalauréat ès sciences, tout en lui conservant le droit de s'inscrire sur-le-champ à la Faculté de médecine et d'en suivre les cours. Je suis, au reste, convaincu que la plupart des jeunes gens qui se vouent au noble et rude labeur de la médecine feront tous leurs efforts pour obtenir les deux baccalauréats avant de franchir l'enceinte des lycées, où les ressources de l'instruction sont organisées de manière à permettre cet heureux résultat.

« Le projet de décret contient plusieurs dispositions accessoires qui ne manquent ni d'opportunité, ni d'importance.

« Sur la foi de l'article 12 du décret du 10 avril, beaucoup de jeunes gens ont pu, dans l'intention d'embrasser plus tard la profession médicale, choisir la voie scientifique que leur ouvraient les lycées. Il est juste de réserver à ces candidats le droit d'entrer dans les Facultés de médecine avec le diplôme de bachelier ès sciences obtenu d'après le règlement actuel; ils pourront user de ce droit jusqu'au 1er novembre 1861, époque où l'exécution pure et simple des dispositions de l'article 1er du nouveau décret ne lésera aucun intérêt.

« Lorsqu'il s'agit de grades délivrés au nom de l'État, grades qui confèrent des priviléges, il importe que le titre même dont on se prévaut n'ait rien d'équivoque. Le baccalauréat ès sciences *restreint* ne saurait donc être attesté par un diplôme exactement semblable à celui du baccalauréat ès sciences complet. En fait, il n'a d'autre objet que de servir de sanction à l'instruction scientifique

d'une catégorie déterminée d'étudiants, de ceux qui se destinent à la profession de médecin. Il sera donc spécial et n'aura de valeur que pour les études médicales. Renfermé dans ces limites, il doit coûter moins cher que le baccalauréat ordinaire. Aussi l'article 2 du décret a-t-il réduit de moitié les droits à acquitter par les aspirants au baccalauréat ès sciences restreint.

« Il a paru d'ailleurs équitable de leur réserver la faculté d'échanger ce diplôme spécial contre un diplôme ordinaire, s'il leur convenait de pousser plus loin leur instruction mathématique, ou s'il leur plaisait d'entrer dans une carrière purement scientifique. La vocation médicale peut faiblir, surtout au début d'études pénibles qu'on n'aborde pas toujours avec la conscience des sacrifices qu'elles imposent; et, quant aux étudiants laborieux et persévérants, ils aimeront à profiter de cette faculté de compléter un examen dont ils auront subi antérieurement la partie la plus étendue, sinon la plus difficile. Enfin, et en tous cas, l'intérêt des familles sera respecté, et l'administration se montrera ainsi pleine de bienveillance pour tous ceux qui voudront se rattacher aux professions exigeant plus particulièrement les études mathématiques et le diplôme ordinaire de bachelier ès sciences. »

Voici maintenant les principaux articles du décret :

Art. 1er. Les étudiants des Facultés de médecine aspirant au doctorat doivent produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres, et, avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathématique.

La restriction indiquée dans le paragraphe précédent sera l'objet d'un règlement ministériel délibéré en Conseil impérial do l'instruction publique.

Art. 2. Le baccalauréat ès sciences exigé des étudiants en médecine est délivré sous la forme d'un diplôme spécial, qui n'a de valeur que pour les études médicales.

Les droits à percevoir pour lo baccalauréat ès sciences des étudiants en médecine sont fixés à la somme de cinquante francs, ainsi répartis :

Examen...........	30 fr.
Certificat d'aptitude.	10
Diplôme...........	10
Total égal......	50 fr.

Art. 3. Les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès sciences, spécial aux étudiants en médecine, peuvent l'échanger contre un diplôme ordinaire de bachelier ès sciences, en subissant la partie de l'examen dont ils ont été dispensés la première fois, et en payant le complément des droits montant à la somme de cinquante francs.

Art. 4. Jusqu'au 1er novembre 1861, les jeunes gens pourvus du diplôme ordinaire de bachelier ès sciences, peuvent prendre leurs inscriptions et leurs grades dans une Faculté de médecine, sans être tenus de produire le diplôme de bachelier ès lettres.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des complications cérébrales et de leur traitement.

Par le professeur Forget (de Strasbourg).

L'anatomie et la physiologie nous révèlent les nombreux rapports organiques et fonctionnels qui relient les centres nerveux à la généralité des organes de l'économie.

De ce principe capital dérive naturellement la fréquence des réactions réciproques des organes et des centres nerveux dans l'ordre pathologique.

Un troisième principe découle des précédents : c'est que pour expliquer les complications cérébrales dans les maladies, pas n'est besoin, dans la généralité des cas, de chercher ailleurs que dans ce *consensus* la cause formelle de ces complications.

Comment se fait-il que des lois si rudimentaires soient si complétement mises en oubli par nos modernes observateurs, et qu'on leur substitue je ne sais quelles conceptions mystiques d'essentialité et de spécificité, à propos de phénomènes aussi simples et vulgaires que le sont les complications cérébrales qui se traduisent dans une foule de maladies?

Il est vrai que ces complications se manifestent dans des circonstances très-diverses, depuis les désorganisations les plus profondes jusqu'aux pures influences morales. Mais au lieu de recourir aux principes de la physiologie pathologique, ou du moins de s'en tenir aux données de l'observation, on se perd en hypothèses ténébreuses dont la science n'a que faire et dont la pratique ne saurait tirer aucun profit. C'est ce qui se passe aujourd'hui pour le *rhumatisme cérébral*, dont on fait si grand bruit : vieillerie renouvelée des Grecs, qu'on nous propose imperturbablement comme une glorieuse conception du génie moderne. Nos abstracteurs de quintessence ne paraissent pas s'apercevoir que s'il suffit de la spécialité de la cause pour consacrer la spécificité de la complication cérébrale, nous nous trouvons, du même coup, en possession d'une myriade d'affections cérébrales spécifiques, tout aussi solidement motivées que leur rhumatisme cérébral. J'ai perdu récemment un malade de *dyssenterie cérébrale* et un autre de *calcul biliaire cérébral* ; mon collègue de la chirurgie me racontait hier avoir perdu également deux hommes : l'un de *cystite cérébrale* et l'autre d'*amputation cérébrale* ; et dans le service des accouchements une femme vient de mourir d'*avortement cérébral* !!!

Et pourquoi pas ? répondront les intrépides ; ne sont-ce pas là autant de particularités *diathésiques ?* etc., etc.

A quoi nous répliquerons, qu'à part le ridicule de ces alliances de mots, il ne faut pas perdre de vue ces autres principes, savoir :

1° Qu'au point de vue de l'observation, la multiplicité des causes morbides se résume en un petit nombre de groupes composés chacun d'un certain nombre de causes ou d'éléments, dont le mode d'action est identique, ou, du moins, qui produisent ostensiblement les mêmes symptômes et les mêmes lésions. Ainsi, nous maintenons qu'il est impossible de signaler la moindre différence fondamentale entre les complications cérébrales qui se produisent dans le rhumatisme et celles qui se montrent dans les phlegmasies franches, dans les exanthèmes aigus ou chroniques, voire même (nonobstant clameur de haro) dans les fièvres dites essentielles. C'est partout la même physionomie, la même marche, la même gravité, les mêmes lésions anatomiques, ni plus ni moins diversifiées que dans les affections cérébrales aiguës, simples ou primitives.

2° Qu'au point de vue thérapeutique, en face de ce chaos de spécificités cérébrales, et malgré tant de recherches dignes d'un meilleur sort, vous en êtes encore à trouver un seul remède spécifique, et, comme nous le démontrerons bientôt, force vous est dans tous les cas d'agir comme si la spécificité n'existait pas.

A ces principes dogmatiques nous allons apporter des preuves cliniques, empruntées spécialement aux affections ci-dessus désignées : au rhumatisme articulaire, aux phlegmasies simples, aux exanthèmes et aux fièvres essentielles, représentées par la fièvre typhoïde.

Obs. I. (Recueillie par M. Liétard, aide de clinique.) *Rhumatisme cérébral grave. — Traitement classique. — Guérison.* — Un homme de trente-sept ans, de forte constitution, boucher, malade depuis trois jours, entre à la clinique le 25 mai 1858. L'affection a débuté par des douleurs aux malléoles, puis aux genoux, puis aux hanches, puis aux articulations des membres thoraciques, avec fièvre et sueurs modérées. A l'arrivée du malade, toutes les articulations paraissent prises, moins l'épaule droite ; mais il n'existe de gonflement notable qu'aux poignets et aux doigts ; peau très-chaude ; diaphorèse légère ; pouls à 104, vif et dur ; bruits du cœur normaux ; soif, anorexie, langue saburrale, constipation. — Saignée de 300 grammes, chiendent nitré, diète.

Le 26. Même état ; poignets rouges et gonflés. Ayant obtenu parfois de bons effets de la digitale, nous prescrivons : herbe de digi-

tale, 50 centigrammes; en décoction dans l'eau, 100 grammes; sirop de sucre, 20 grammes, pour une potion.

Le 27. Même état; douze sangsues à chaque poignet. — Digitale.

Le 28. Même état; nous portons la digitale à 1 gramme.

Le 29. Plusieurs vomissements; pouls descendu à 50, irrégulier. Cependant le rhumatisme généralisé persiste au même degré. On supprime la digitale. — Limonade gazeuse.

Le 30. Pouls remonté à 90, un peu irrégulier; les vomissements persistent; langue très-saburrale, soif vive, diaphorèse continue; genoux très-douloureux, poignets toujours gonflés. — Eau gazeuze, cataplasmes laudanisés aux genoux.

Le 1er juin. Les vomissements ont cessé, mais la bouche est sèche; une soif inextinguible tourmente le malade; pouls à 100, vif, régulier; diaphorèse, douleurs générales persistantes. — Limonade gazeuse; extrait d'opium, 5 centigrammes, le soir; lait.

L'état précédent persiste pendant cinq jours. Le malade se gorge de limonade et d'eau fraîche; cataplasmes laudanisés.

Le 6. Il survient du délire calme mais continu. Réponses dépourvues de sens, regard fixe, hébété, pupilles normales; point de convulsions ni de paralysie. Le rhumatisme est stationnaire. — *Ut suprà*, compresses d'eau froide sur le front.

Le 7. Délire croissant, hallucinations, loquacité incohérente; conjonctives légèrement injectées, pouls à 100, large et dur; langue saburrale, rouge sur les bords; soif vive; rhumatisme généralisé persistant au même degré! — *Ut suprà*, douze sangsues aux apophyses mastoïdes, diète.

Le 8. Agitation, délire plus intense mais sans violence, bouche fuligineuse, peau très-chaude. — Raser le cuir chevelu; application de glace sur la tête; limonade.

Le 9. Etat plus calme, mais sans lucidité. Le gonflement persiste aux poignets et aux doigts; les autres articulations paraissent plus libres. Pouls à 92, régulier; la bouche se nettoie. *Ut suprà.*

Le 10. On obtient à grand'peine quelques réponses justes. Le malade accuse toujours une soif vive. — Frictions de pommade stibiée sur le cuir chevelu, de trois en trois heures.

Le 11. Etat plus calme, réponses justes. Rhumatisme persistant.

Le 12. Il ne reste qu'un peu d'hébétude. L'éruption stibiée est considérable. — Limonade gazeuse, potages légers.

Le calme cérébral persiste pendant trois jours. Le rhumatisme continue, surtout aux poignets.

Le 15. Réapparition du délire, mais léger et momentané : il consiste en hallucinations de la vue ; du reste, même état.— Compresses froides sur le front.

Le 16. Délire continu, hallucinations, loquacité. Cependant on obtient des réponses justes. Peu de fièvre, rhumatisme général persistant. — *Ut suprà*, affusions froides en arrosoir sur la tête, trois fois par jour.

Les jours suivants le délire disparaît complétement. Le malade refuse les affusions froides et les repousse en pleurant. — Supprimer les affusions ; compresses froides ; potion avec extrait d'opium, 5 centigrammes.

Le 20. Les phénomènes cérébraux sont dissipés, mais il reste une sorte d'hébétude dans la physionomie et de paresse dans les idées, qui ressemblent à la démence. La bouche se nettoie, l'appétit reparaît, les articulations sont roides, mais les poignets seuls sont un peu gonflés et douloureux ; pouls presque normal. — Vésicatoire à la nuque ; trois potages.

De ce moment le malade entre franchement mais lentement en convalescence, sauf un léger bruit de souffle au premier temps, qui nous fait redouter une endocardite que nous combattons au moyen de la digitaline et des frictions stibiées sur la région précordiale. Les dernières traces de rhumatisme persistent jusqu'à la fin de juillet, mais la physionomie et l'intelligence ont recouvré depuis longtemps leur état normal.

Ainsi, voilà un rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fébrile, combattu par une saignée, des sangsues et la digitale, laquelle suscite des accidents toxiques (vomissements) suivis d'une vive irritation gastrique. Alors, vers le quinzième jour de la maladie, apparaissent de graves symptômes cérébraux : délire intense et continu, sans cessation du rhumatisme et malgré la persistance de la diaphorèse. Les applications froides, les sangsues aux apophyses mastoïdes, la glace sur la tête, les frictions stibiées font disparaître les accidents cérébraux au bout de six jours. Une légère récidive de trois jours paraît céder aux affusions froides ; le délire n'existe plus, mais les facultés cérébrales reprennent lentement leur activité normale ; le rhumatisme parcourt lentement et régulièrement ses périodes ; la convalescence n'est confirmée qu'après deux mois de maladie ; il reste un soupçon d'épaississement valvulaire du cœur.

Voilà bien l'affection désignée sous le nom de rhumatisme cérébral ; mais qu'y a-t-il de spécifique dans cette affection ? A l'occasion d'un rhumatisme aigu et d'une vive irritation gastrique, le cerveau

se prend ; quoi de plus naturel? Les symptômes cérébraux sont identiquement ceux qui s'observent dans une foule d'autres affections, et le rhumatisme cérébral guérit par les moyens usités dans tous les genres d'encéphalite aiguë; les observations suivantes confirmeront ces données du rationalisme pratique.

Obs. II. (Recueillie par M. Sengel, aide de clinique.) *Pneumonie cérébrale légère. — Solution spontanée.* — Une femme de soixante-deux ans, de forte constitution, malade depuis trois semaines, entre à la clinique le 14 juillet 1858. Nous constatons : râles muqueux disséminés dans les deux poumons, matité, souffle tubaire, résonnance vocale à la partie postérieure et intérieure droite du thorax; toux vive, crachats visqueux non sanguinolents, peau chaude, pouls fébrile. — Saignée de 350 grammes, looch diacodé, eau gommée.

Le 15. Même état, quelques crachats rouillés. — Potion stibiée à 25 centigrammes. — Tolérance.

Le 16. Même état, crachats non colorés.

Le 17. Vomissements, selles liquides. Au tartre stibié nous substituons : oxyde blanc d'antimoine, 5 grammes, dans un looch de 120 grammes.

Le 18. Délire pendant la nuit, du reste même état. — *Ut suprà*, large vésicatoire en arrière et à droite du thorax.

Le 19. Délire dans la nuit, fièvre persistante ; les signes locaux de la pneumonie sont amendés. — Oxyde blanc d'antimoine, eau gommée, lait.

Le 20. Point de délire, poitrine plus dégagée, la convalescence paraît s'établir. — *Ut suprà*, trois soupes au lait.

Après quelques jours de convalescence apparente, la toux, les signes de la pneumonie et la fièvre reparaissent, mais point d'accidents cérébraux. Après diverses médications sans résultat favorable, la malade succombe le 1er août.

A l'autopsie l'on constate une pneumonie suppurée du lobe moyen (à droite) et des tubercules ramollis dans diverses parties des poumons.

Ce fait est des plus vulgaires, et nous le produisons comme spécimen de ces accidents cérébraux légers que l'on doit considérer comme faisant fréquemment partie du cortége des affections aiguës quelconques. Aussi ce délire intermittent, nocturne, qui ne s'est produit que deux nuits de suite, ne nous a-t-il pas beaucoup préoccupé. Nous croyons qu'il a cessé de lui-même, à mesure que l'affection thoracique s'est amendée, à moins que l'on ne veuille attribuer sa disparition au vésicatoire du thorax dirigé contre la

pneumonie, ce qui nous paraît moins probable. Au demeurant, le vésicatoire n'a rien de spécifique.

Obs. III. (Recueillie par M. Sengel.) *Erysipèle cérébral. — Traitement classique. — Guérison.* — Une fille de vingt-trois ans, de constitution sanguine lymphatique, entre à la clinique le 11 juillet 1858. Elle est affectée d'érysipèle de la face depuis quatre jours; l'inflammation est à son summum; la totalité de la face et du cuir chevelu est entreprise; pouls fort, à 94; langue saburrale, rouge sur les bords; la nuit précédente elle a eu du délire. — Onction d'axonge, limonade citrique, lavement émollient, diète.

Le 12. Retour du délire pendant la nuit, la malade a voulu sortir; ce matin, intelligence nette, érysipèle stationnaire. — *Ut suprà.*

Le 13. Le délire a reparu dans la journée d'hier et est devenu violent pendant la nuit; la malade entrait en fureur et frappait ceux qui l'approchaient. Ce matin, intelligence nette; l'érysipèle est en voie de résolution; pouls lent. Cependant, nous prescrivons seize sangsues aux apophyses mastoïdes, vésicatoire à la cuisse, solution de gomme, lavement émollient. — Axonge sur la face.

Le 14. Point de délire pendant la nuit; pouls normal; l'érysipèle passe à la desquammation, la langue est un peu sèche et râpeuse. — Axonge, solution de gomme.

Le 15. Le délire n'a pas reparu; l'érysipèle est à peu près complétement résolu; convalescence. — Trois soupes.

Ainsi, au quatrième jour d'un érysipèle de la face, délire d'abord léger, intermittent; puis, plus violent et plus prolongé. Le quatrième jour du délire, huitième de l'érysipèle qui commence à se résoudre, nous appliquons seize sangsues et un vésicatoire; le délire ne reparaît plus et l'érysipèle se résout régulièrement.

Est-on en droit d'attribuer le succès aux sangsues et au vésicatoire? Il est possible que l'état cérébral, tout symptomatique, ait cessé naturellement avec l'érysipèle. Cependant, la cessation subite du délire, si violent la nuit précédente, milite en faveur de la médication toute classique et rationnelle. On remarquera que l'érysipèle a parcouru imperturbablement ses périodes, comme si les troubles cérébraux n'eussent pas existé.

Le cas suivant est plus sérieux.

Obs. IV. (Recueillie par M. Liétard). *Erysipèle cérébral grave. — Morphine à haute dose. — Guérison.* — Un homme de quarante-quatre ans, de constitution robuste, journalier, se disant malade depuis huit jours, entre à la clinique le 24 juillet 1858; il raconte que son mal a débuté par une douleur dans l'oreille gauche, que des

vomissements sont survenus, que depuis trois jours l'oreille droite est devenue douloureuse et rouge; enfin, que la rougeur s'est étendue au côté droit de la face.

Nous constatons un érysipèle occupant l'oreille droite, la joue, le front et la totalité du nez, avec rougeur œdémateuse, phlyctènes, douleur à la pression s'étendant au cuir chevelu; demi-surdité, bourdonnements de l'oreille droite, qui est tuméfiée et dont le conduit est rétréci; langue saburrale, anorexie, pouls à peu près normal (à 75), point de chaleur à la peau. — Onctions d'axonge sur la face, limonade citrique, lavement émollient.

Le 25. Pendant la nuit agitation, rêvasseries, subdélire; l'érysipèle a gagné le côté gauche de la face. — *Ut suprà.*

Le 26. Délire intense pendant la nuit; le malade a voulu se lever pour sortir. Ce matin, réponses justes, physionomie intelligente, pupilles normales, pouls calme; desquammation de l'érysipèle du côté droit, d'un rouge vif à gauche. — *Ut suprà.*

Le 27. Retour du délire et de l'agitation pendant la nuit; intelligence moins nette qu'hier matin; dans la soirée l'agitation reparaît avec délire violent, le malade veut s'habiller, se jeter par la fenêtre. On prescrit : douze sangsues aux apophyses mastoïdes et une potion contenant 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans 120 grammes de dissolution de gomme édulcorée, à prendre par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure. Les sangsues coulent, la potion est consommée, le délire persiste aussi violent; le malade jure, crie, veut sortir forcément. A dix heures du soir, quinze autres sangsues et une nouvelle potion contenant 10 autres centigrammes de sel de morphine; moitié de la potion est consommée vers minuit, époque où le narcotisme se déclare : coma, respiration lente, irrégulière, pouls normal, extrémités froides; des frictions sèches rappellent la chaleur; sommeil paisible jusqu'au matin.

Le 28. Le malade ignore ce qui s'est passé; il croit avoir dormi toute la nuit; délire complétement disparu, tendance au sommeil, pupilles très-contractées, réduites à un millimètre; pouls régulier, respiration presque insensible (8 ou 10 légères inspirations par minute). La résolution et la desquammation de l'érysipèle se poursuivent régulièrement; le malade demande à manger. — Limonade; bouillon. — Dans la journée, sommeil paisible.

Le 29. Le malade est très-bien; érysipèle résolu; la convalescence est confirmée.

Ainsi, érysipèle de la face parcourant régulièrement ses périodes, lorsqu'au quatrième jour le délire survient, modéré, intermittent

pendant deux jours. Nous ne voyons là qu'un de ces délires symptomatiques de toutes les phlegmasies et qui, d'ordinaire, cessent avec elles. — Expectation.

Mais le troisième jour le délire devient violent, continu, grave, en un mot. Alors, nous basant sur nos antécédents, nous prescrivons des sangsues, plus 10 centigrammes de sel de morphine, dose exorbitante. L'exaltation résiste, augmente même : 10 autres centigrammes de morphine sont prescrits, car nous voulons obtenir le narcotisme; 15 centigrammes de morphine sont absorbés lorsque le narcotisme se produit, persiste une dizaine d'heures et fait place à la simple somnolence. Le délire est dissipé et ne revient plus. Pendant ce temps l'érysipèle parcourt ses périodes, comme si de rien n'était, et le malade est complétement guéri.

Ce fait est un des plus beaux qu'on puisse produire en témoignage de la puissance de l'art. Dira-t-on que ce sont les sangsues qui ont dégagé le cerveau ? mais les symptômes n'ont cessé qu'à l'apparition du narcotisme, et, si l'on conservait quelques doutes à cet égard, ils disparaîtraient devant le fait suivant, remarquable sous tant de rapports.

Obs. V[1]. *Fièvre typhoïde cérébrale. — Opium à haute dose. — Guérison prompte.* — Dans une maison aisée, très-bien tenue, où pourtant deux cas de fièvre typhoïde viennent de se produire, une jeune dame, délicate, anémique, nerveuse, est prise, le 4 novembre 1854, après un refroidissement, de céphalalgie, courbature, mouvement fébrile, surtout le soir, langue saburrale, anorexie, constipation (embarras gastro-intestinal). Après plusieurs jours de ces symptômes, nous accédons aux désirs du médecin ordinaire, en consentant à l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz. A partir de ce moment la fièvre devient continue; la prostration oblige la malade à garder le lit, la somnolence avec rêvasseries et subdélire apparaît et s'exaspère vers le soir ; langue toujours saburrale, rouge sur les bords ; un peu de météorisme et de gargouillement abdominal, sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite, constipation persistante ; taches rosées à la base du thorax. — Boissons délayantes, lavements de lait miellé, cataplasme abdominal, eau froide sur le front.

Cependant le délire s'accroît chaque soir, et vers le dix-huitième jour il prend la forme de manie furieuse et prolongée. Trois personnes suffisent à peine pour contenir la malade qui s'agite vio-

---

[1] Empruntée à notre *Clinique de l'opium* (*Bulletin de Thérapeutique*, 1855).

lemment et, par ses vociférations, met en émoi tout le voisinage. Il est évident que cette faible organisation ne saurait résister longtemps à une telle ataxie. L'éther est impuissant, les autres antispasmodiques, y compris le musc, ne nous inspirent aucune confiance. Nous allons droit au but et prescrivons : opium, 10 centigrammes; eau de laitue, 80 grammes ; sirop de fleurs d'oranger, 20 grammes, pour une potion à prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure. Au bout de deux heures, le délire persistant, avec des rémissions cependant, nouvelle potion dont la malade prend encore la moitié; total, 15 centigrammes d'extrait d'opium en trois heures; l'exaltation tombe, un sommeil calme s'établit ; pouls régulier, à 90, respiration douce, peau tiède; il est neuf heures du soir.

Le lendemain le sommeil dure encore; vers midi, réveil avec un peu de délire tranquille. Le reste de la potion est administré par cuillerées, d'heure en heure (20 centigrammes d'opium en vingt-quatre heures). Nouveau sommeil, qui dure encore le lendemain tout entier et jusqu'au jour suivant; la malade se réveille alors dans une douce quiétude. La liberté du ventre est entretenue par des lavements de lait miellé.

Nous sommes au vingt-deuxième jour. La fièvre est presque nulle, la langue se nettoie, l'appétit renaît. — Bouillon et potages. — Convalescence le vingt-cinquième jour.

Ici le rapport de cause à effet est flagrant. L'opium, en étouffant les symptômes cérébraux, a sauvé la vie. Remarquez qu'il s'agit ici d'une fièvre typhoïde, et que pourtant l'état cérébral a présenté le même aspect, offert la même acuité et cédé aux mêmes moyens que l'état cérébral résultant d'une phlegmasie pure et patente.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur un cas de semi-guérison de surdi-mutité congéniale par la faradisation des muscles des osselets et de la corde du tympan.

Par le docteur Duchenne (de Boulogne).

« La surdi-mutité congéniale dépend quelquefois d'un vice de conformation de l'oreille, et dans ce cas, c'est un arrêt de développement, une aberration organique. Dans beaucoup d'autres dissections faites avec le plus grand soin, je n'ai trouvé aucune lésion apparente des parties constituantes de l'oreille, et l'on peut croire

que la surdité dépend d'une altération du système nerveux [1]. » La même opinion avait été formulée par Itard ; elle est aujourd'hui confirmée par un grand nombre de faits d'anatomie pathologique. Il existe donc une espèce de surdi-mutité congéniale sans lésion matérielle, que l'on ne peut passer sous silence dans toute étude sur la surdité nerveuse.

S'il n'a pas été question de cette affection congéniale dans le Mémoire sur le nouveau mode d'électro-thérapie de la surdité nerveuse, que j'ai récemment publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* [2], c'est qu'ayant expérimenté seulement dans un cas de surdi-mutité, je n'ai pas voulu me mettre dans l'obligation de conclure d'un fait unique. Néanmoins, ce fait a une grande importance, car il s'agit d'un cas de quasi-guérison de surdi-mutité congéniale par la faradisation des muscles des osselets et de la corde du tympan. Ce fait n'ajoute pas seulement à la valeur thérapeutique du procédé de faradisation que je préconise, il remet encore en question la curabilité de la surdi-mutité congéniale qui, aujourd'hui, paraissait résolue d'une manière négative. Voici comment s'exprime sur ce sujet M. Wild, de Dublin, auteur moderne, qui n'est ici que l'écho de l'opinion générale. « Nous entendons chaque jour demander : Un sourd-muet est-il guérissable ? A cette grave question je ne crains pas de répondre par la négative. J'ose même affirmer qu'on n'a jamais pu faire entendre un sourd-muet, excepté par miracle. »

Je vais peut-être, en relatant ce fait, m'attirer bien des brocards. Mais comme il a été rigoureusement et scientifiquement observé, et qu'il offre toutes les garanties d'authenticité et d'honnêteté désirables ; de plus, comme il me paraît jugé par le temps ; tout me fait un devoir de le publier. Il porte en lui-même sa conclusion ; je m'abstiendrai donc de le faire suivre de toutes autres considérations ou réflexions.

Obs. *Surdi-mutité congéniale complète. — Quasi-guérison par la faradisation des muscles des osselets et de la corde du tympan.* — Raymond C..., né à Aubenne (Ardèche), âgé de huit ans, d'une riche constitution, très-intelligent, est sourd-muet de naissance ; du moins, on n'a jamais pu constater d'une manière certaine qu'il entendait. Il est d'une bonne santé habituelle, quoiqu'il soit sujet aux maux de gorge, et que ses amygdales soient volumineuses.

---

(1) Ménière, Gazette médicale, 1846.

(2) Voir les numéros du 15 et du 30 août 1858.

En 1852, M. Ménière, médecin en chef des Sourds-Muets, à qui cet enfant a été adressé par le médecin de la famille, a formulé son diagnostic par écrit dans la lettre suivante : « Le jeune enfant qui m'a été présenté, suivant votre désir, ne me paraît pas avoir éprouvé aucun accident capable d'expliquer la surdité considérable dont il est affecté.

« On me dit qu'il entend un peu certains bruits ; mais ce que j'ai essayé chez moi ne confirme pas cette opinion, que je ne dois pas cependant rejeter absolument.

« Les oreilles sont saines ; mais les deux amygdales sont grosses, surtout en haut ; elles écartent les piliers du palais, et sont situées de façon à agir sur l'orifice des trompes ; mais quand bien même il serait démontré que les caisses sont engouées, elles n'expliqueraient pas une surdité aussi forte. L'enfant ne parle pas du tout, parce qu'il n'a pas entendu jusqu'ici. Or, ce mutisme ne se rencontre jamais chez les enfants qui n'ont qu'une lésion de l'oreille moyenne. Suivant moi, il y a autre chose, et, bien que l'enfant n'ait jamais eu de convulsions, bien qu'il paraisse fort de tout point, je suis bien obligé d'attribuer à une lésion du système nerveux cette absence de sensibilité spéciale.

« Donc, je ne propose aucun traitement chirurgical pour le moment. L'enfant est trop jeune pour que le cathétérisme soit utile ; les amygdales pourraient être difficilement enlevées chez lui ; elles sont placées de façon à se développer encore, même après une excision qui ne serait que partielle. Je pense qu'il faut attendre. L'enfant est sain et vigoureux, il n'y a pas péril en la demeure. Il faut l'élever comme s'il entendait, lui faire entendre des sons, non brusques et explosifs, afin de ne pas ébranler le cerveau, et puis on verra plus tard. »

En 1856, un ami de la famille, M. le docteur Ollier, ancien interne des hôpitaux, connu par ses écrits dans la Presse médicale, donna le conseil de soumettre ce cas de surdi-mutité à mon observation, et d'en tenter, s'il était possible, la guérison par la faradisation localisée. En arrivant à Paris, Raymond fut conduit de nouveau à M. Ménière, qui donna le même avis qu'en 1852. C'est alors que je fus consulté sur l'opportunité d'un traitement électrique. Je constatai immédiatement que l'enfant n'entendait ni les grands cris, ni la sonnerie d'un fort réveille-matin placé près de son oreille, ni le diapason appliqué sur les parois du crâne. Il percevait seulement les bruits explosifs.

Croyant, sur l'autorité des auteurs les plus compétents, à l'incu-

rabilité de la surdi-mutité, il me répugnait d'expérimenter dans de telles circonstances, et surtout dans un cas de pratique civile. Cependant les parents de cet enfant auraient éprouvé les plus grands regrets, si je m'étais refusé à lui faire subir cette expérience. Considérant donc que l'opération qu'ils attendaient de moi était inoffensive et ne provoquait point de douleur, je cédai à leur désir. J'excitai les muscles des osselets et la corde du tympan, d'après mon procédé ordinaire. Raymond se débattit d'abord en poussant de grands cris. Puis étonné, sans doute, de ne pas ressentir les douleurs qu'il redoutait, il se calma bien vite, se mit à rire aux éclats et se prêta complaisamment aux opérations suivantes. Quoique je n'eusse aucun espoir, je n'en suivis pas moins attentivement les effets de chaque opération. Et quelle fut ma surprise, quand, à la quatrième séance, Raymond sembla percevoir à gauche le son du diapason ! Cette expérience, renouvelée de différentes manières, ne me laissa plus bientôt aucun doute. Lorsqu'en effet le diapason, mis en vibration, était appliqué sur la paroi gauche du crâne, il manifestait son étonnement, en montrant avec le doigt l'oreille de ce côté. Je pensais d'abord que les vibrations du diapason avaient été transmises par la paroi solide du crâne sur lequel il reposait, et que peut-être la sensation de ces vibrations avait été seulement perçue par Raymond, mais il me fut bientôt démontré qu'il en entendait réellement le son, car cette même expérience, répétée du côté opposé, ne provoqua pas de sa part les mêmes manifestations. Il semblait alors écouter très-attentivement, puis il témoignait par des gestes à sa mère, qui assistait à l'opération, qu'il n'éprouvait rien. Le lendemain, cet heureux résultat fut confirmé par un fait d'un autre ordre.

Un orgue jouant dans la cour de l'hôtel qu'il habitait, il avait alors couru vers la fenêtre qui donnait dans cette cour et en avait éprouvé une grande émotion. Après la septième séance, sa mère appelant quelqu'un à haute voix, le jeune Raymond se retourna vivement de son côté et émit un son sur le même ton que la dernière consonnance du mot qui venait d'être prononcé. Une sorte d'instinct maternel lui faisant pressentir que son enfant avait entendu sa voix, Mme C... répéta sur le même ton la voyelle *a*, et à l'instant Raymond fit entendre *a* avec la même vivacité que la première fois. Elle en fit autant pour les quatre autres voyelles qui toutes furent également répétées, mais avec plus ou moins de difficulté. (Raymond s'efforçait vainement de prononcer *e* et *i*.) Rien ne saurait peindre l'émotion de cette mère, faisant entendre pour la

première fois la voix humaine à son enfant, dont on lui avait laissé entrevoir l'incurabilité. Aussi, avec quelle joie et avec quelle ardeur elle se mit à faire la première éducation de sa parole et de son ouïe naissantes! Le lendemain, Raymond prononçait assez bien les cinq voyelles. Je dois dire ici que jusqu'alors on avait vainement essayé de les lui faire articuler, en lui montrant le mouvement des lèvres, et que depuis qu'il entendait, sa mère, à ma recommandation, avait toujours soin de se placer derrière lui. Il fallait cependant lui parler très-près de l'oreille gauche. Ce ne fut que vers la douzième séance qu'il entendit des deux côtés, non-seulement le diapason et la sonnerie du réveille-matin, mais aussi le battement du mouvement de celui-ci, à la distance de quelques centimètres. Son intelligence et son caractère éprouvèrent alors une sorte de transformation très-intéressante à suivre dans leur développement. Mme C... était parvenue en quelques jours à lui faire lire et articuler les cinq voyelles; il prononçait *papa*, *maman*, *bonbon*, et comprenait le sens de ces mots. Jadis son caractère était sauvage; il était devenu plus docile depuis le retour de l'ouïe; il ne poussait plus les grands cris par lesquels il manifestait ses impressions les plus légères, parce que, sans doute, il entendait sa voix. Après une vingtaine de séances, le traitement fut suspendu.

Raymond m'a été ramené en avril 1857. Voici ce qui s'était passé pendant la suspension du traitement : non-seulement le résultat acquis s'était conservé, mais il a paru à la famille que l'amélioration avait augmenté progressivement. L'enfant, envoyé dans une petite école, entendait les exercices de chant et cherchait à imiter les sons qu'il entendait. Son éducation se faisait; il connaissait et prononçait toutes les lettres de l'alphabet; il commençait à épeler; il demandait du pain, à boire, etc.; mais il lui était arrivé un accident qui faillit tout compromettre. Sa gouvernante eut l'imprudence de lui mettre entre les mains un vieux pistolet que l'on ne croyait pas chargé; puis, l'armant, elle l'engagea à tirer sur elle en lui montrant comment il fallait s'y prendre. Raymond ne retint que trop bien cette leçon; l'arme partit, et la malheureuse femme fut tuée sur le coup : deux balles lui avaient traversé la poitrine. Le petit garçon fut aussi blessé à la joue, par suite du recul de l'arme. Mais ce qu'il y eut de plus grave, c'est qu'ayant perdu connaissance, sans doute par commotion, Raymond n'entendait plus du tout lorsqu'il revint à lui. Cependant, après trois ou quatre jours, l'ouïe était dans le même état qu'avant cet accident. Depuis lors, il n'y eut plus de progrès.

Quand Raymond me fut ramené, je fus surpris des changements qui s'étaient opérés en lui : sa voix n'était plus gutturale, comme on l'observe chez les sourds-muets de naissance ; elle était naturelle ; il se retournait lorsque je l'appelais à distance ; il entendait une montre placée à deux ou trois centimètres de l'oreille, etc., etc.

Je le soumis à une nouvelle cure d'une trentaine de séances, auxquelles il se prêta sans répugnance.

L'amélioration obtenue dans cette période de traitement a été telle qu'une institutrice a pu dès ce moment faire son éducation, seulement à l'aide de l'ouïe (je lui avais recommandé de lui parler toujours en se plaçant de manière qu'il ne pût pas voir les mouvements des lèvres).

Un an après (en mai 1858) je constatai qu'il avait fait de grands progrès : il lisait couramment et écrivait assez bien ; il prononçait distinctement, quoiqu'un peu trop précipitamment, comme les enfants de son âge qui récitent ce qu'on leur a appris. La première fois qu'il me revit, il me dit très-clairement : Bonjour, monsieur le docteur Duchenne de Boulogne, et il comprenait le sens de cette phrase, car, lorsqu'il entrait dans mon cabinet, il ne manquait pas de me la répéter et de me dire adieu en partant. Il demandait les choses dont il avait besoin ; il était curieux de connaître les noms de toutes choses et les retenait facilement. On comprend qu'il faudra un certain temps avant que son éducation soit complétée sur ce point. Une nouvelle cure de trente séances a encore amélioré son ouïe, mais d'une manière moins notable qu'après les deux précédentes : l'enfant est demi-sourd. Restera-t-il dans cet état, ou son ouïe s'améliorera-t-elle encore ? C'est ce que le temps nous apprendra ; car la famille se propose de me ramener périodiquement cet enfant pour continuer son traitement. Je dois rappeler, en terminant cette relation, que ses amygdales étaient très-volumineuses, et que M. Ménière avait conseillé de les exciser avant tout ; cette opération vient d'être pratiquée très-habilement par M. Guersant.

En résumé, il est parfaitement établi qu'un sourd-muet de naissance, âgé de huit ans, a entendu après quelques excitations électriques des muscles moteurs des osselets et de la corde du tympan ; que son ouïe s'est ensuite améliorée progressivement dans les séances suivantes ; qu'après trois cures, composées chacune d'une trentaine de séances, et pratiquées à des intervalles de six mois à un an, cet enfant n'est plus que demi-sourd ; enfin, que, depuis son traitement, on a pu le faire parler, développer ses facultés intellectuelles, faire, en un mot, son éducation seulement à l'aide de l'ouïe.

Le traitement n'est pas terminé. Il reste à rechercher si les résultats n'en seront pas plus complets, lorqu'il sera pratiqué d'une manière plus continue.

Considérations pratiques sur les principales variétés de l'héméralopie et sur le traitement qui leur est applicable.

Par M. Ch. Deval [1].

§ II. *Traitement*. — Les expédients qui réussissent le mieux contre l'amaurose se sont montrés stériles dans l'héméralopie produite par l'éclat des rayons solaires. M. Coquerel annonce que les évacuants, préconisés par Scarpa, n'ont procuré aucun avantage dans l'épidémie de *la Belle-Poule* : ils fatiguaient les malades; force fut d'y renoncer. Les vésicatoires placés près des yeux, qu'a recommandés Bampfield, n'ont été d'aucun secours dans cette épidémie. Vainement aussi on a posé des sétons, dont on a entretenu la suppuration pendant plus de quinze jours. Le principe : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, n'a jamais été plus justement applicable qu'à ce genre de maladie; le retour en Europe, quand il s'agit d'héméralopes embarqués à bord des navires, est le remède souverain dans cette circonstance. Bampfield a rencontré plus de trois cents cas de cécité nocturne, sans qu'il en fût résulté quelque altération permanento de la vision. Même observation a été faite par le docteur Jobit, sur les bâtiments de la station des Antilles; il n'a vu une héméralopie invétérée aboutir à une amaurose incurable que chez trois vieux marins. Pendant les stations dans les parages où règne l'héméralopie, on prendra toutes les précautions possibles tendant à soustraire les matelots à l'intensité des rayons solaires : tentes sur le pont, recommandées par M. Fleury; coiffures ombrageant plus les yeux que celles dont nos marins font usage; diminution, autant que possible, au milieu du jour et au soleil, des exercices qui ne sont pas rigoureusement indispensables.

L'héméralopie liée à la présence d'une goutte sereine, dont les conditions ont été précédemment exposées, sera combattue d'après son type et ses causes présumées. L'amaurose véritablement intermittente réclamera les antipériodiqnes, qu'il sera toujours utile de faire précéder des évacuants. Dans les cas où les préparations de quinquina ont été insuffisantes, Walther, et quelques autres oculistes, conseillent l'arsenic. Je ne connais aucun fait à l'appui de

---

[1] Suite et fin. — Voir le numéro du 30 septembre, p. 248.

l'efficacité de cet agent, dans de telles circonstances. Les applications, autour de l'orbite, de vésicatoires qu'on panse avec le sulfate de quinine, ont encore été recommandées.

Les vapeurs azotées jouissent, depuis longtemps, d'une vogue populaire contre l'héméralopie. Nous reproduisons, à ce sujet, le fait suivant, déjà consigné par nous dans l'Union médicale (1).

Obs. II. Le 30 mars 1858, Charruel, demeurant à Belleville, amena à mes consultations cliniques son fils Hippolyte, âgé de dix ans et demi. Cet enfant, habituellement bien portant, était affligé, depuis une quinzaine de jours, d'une affection qui inspirait des craintes sérieuses à sa famille. Pendant dix jours environ, sa vue avait graduellement baissé, seulement le soir; trouble d'abord, elle subit peu à peu une telle détérioration, que l'enfant devenait aveugle à la tombée de la nuit. Il ne reconnaissait aucun des objets qui l'entouraient, à moins qu'ils ne fussent vivement éclairés par une lumière artificielle; il les voyait alors, mais d'une manière vague et confuse. Dans la rue, il ne pouvait se conduire. Le matin, tout rentrait dans l'ordre, la vision redevenait normale.

Mes investigations sur les influences qui auraient pu donner lieu à cette héméralopie ne me conduisirent à aucune donnée capable d'en fournir une explication satisfaisante. Le père affirma que son enfant était exempt de toute habitude d'onanisme. Il n'avait pas rendu de vers. La localité qu'il habitait était saine et privée d'humidité. Aucune personne de sa famille ni de son voisinage n'était devenue héméralope. Je pris quelques informations sur les dispositions de l'école où travaillait l'enfant; je demandai si, à la place qu'il y occupait, il n'était pas exposé à l'éclat d'un mur reflétant fortement les rayons solaires. La réponse fut négative.

En présence d'une nullité aussi complète d'éléments étiologiques, sur quelle base fonder une thérapeutique rationnelle? Je me décidai pour la prescription de pilules de sulfate de quinine, d'extrait de valériane et d'extrait gommeux d'opium, me retranchant ainsi derrière la périodicité du mal, mais assez peu convaincu de l'efficacité de mon remède.

Le 6 avril, l'état est stationnaire; pas de fièvre; pas de céphalalgie; rien du côté du tube digestif. Les pupilles offrent leurs dispositions normales. L'enfant continue à devenir aveugle le soir, tandis que, durant le jour, il s'adonne sans efforts et sans aucune gêne à ses occupations habituelles.

C'est alors que je me décidai à mettre en œuvre un expédient dont on a beaucoup préconisé les merveilles, et qui, en supposant qu'il fût impropre à soulager, ne pouvait nuire. Je recommandai de soumettre les yeux du jeune malade à l'action de vapeurs émanant d'une décoction de foie de bœuf, d'après le mode qu'indique Dupont, dans un document qui sera produit tout à l'heure. Quel fut mon étonnement, le 8 avril, quand on m'annonça que la cécité s'était à peu près évanouie, après la seconde application des vapeurs, application qui, faite soir et matin, durait chaque fois de dix minutes à un quart d'heure. Le 10 du même mois, le père me ramena son enfant, plus pour me remercier que pour demander mes conseils, car la guérison était complète. On avait continué à pratiquer deux fois par jour les fumigations azotées. Je recommandai de les continuer encore quelque temps, et seulement le soir, de crainte de rechute.

(1) Union médicale, 1858, p. 310.

Je lis dans le *Dictionnaire de l'Industrie* (Paris, 1795, t. IV) :

« Les Chinois sont très-sujets à cette maladie. On dit que, pour la guérir, ils font cuire un foie de mouton enveloppé d'une feuille de nénuphar, après l'avoir saupoudrée de salpêtre ; on met le tout dans un pot, qu'on remue souvent, ayant sur la tête un grand linge qui pend jusqu'à terre, afin que la fumée qui s'exhale du foie ne se dissipe point et que le malade la reçoive entière. »

Dupont rapporte(¹) que ce fut un vieux soldat qui indiqua à ses camarades le remède suivant, lorsqu'il y eut, en 1762, une si grande quantité d'aveugles de nuit à Strasbourg :

« Les soldats, dit-il, font cuire une tranche de foie de bœuf, pesant environ une demi-livre, dans un pot de terre de grandeur telle qu'il soit complétement rempli par quatre livres d'eau. Lorsque le foie est cuit comme pour le manger, et que la vapeur est d'une chaleur supportable, ils portent le pot sur leur lit, et, inclinant la tête de très-près, ils se font jeter une couverture par-dessus eux, de manière à y être exactement enfermés avec le pot. Ils y restent jusqu'à ce que le bouillon ne produise plus de vapeurs, ou que la gêne de la respiration les oblige d'en sortir. En général, une seule application suffit pour les guérir radicalement.

« J'ai connu des soldats entêtés qui n'avaient voulu rien faire pendant trois semaines ; je l'ai même quelquefois souffert, afin de savoir si le remède serait aussi efficace pour une maladie ancienne que pour une récente. Je n'y ai pas observé de différence ; et à présent que je crois avoir fait toutes les épreuves nécessaires à ma conviction, je fais administrer de force le même traitement. Il existe actuellement au régiment plus de deux cent cinquante hommes traités de cette manière. »

J'ajouterai que, lors d'une héméralopie qui sévit à Paris en 1847, dans deux régiments d'infanterie casernés dans la même localité, je priai le docteur Hübsch de vouloir bien s'enquérir de tout ce qui se rattachait à cette épidémie. Un chirurgien militaire, avec lequel il se mit en rapport, lui dit que le contact des yeux avec les vapeurs de foie de veau ou de mouton faisait disparaître la maladie comme par enchantement. Bien qu'empirique, ce moyen si simple ne devra donc pas être perdu de vue dans la pratique. Les vapeurs azotées sont également recommandées par un ophthamologiste distingué, le docteur Stœber.

Peu de temps après la publication de notre travail, la rédaction

(¹) Dupont, *Mémoire sur la goutte sereine nocturne épidémique.*

de l'Union médicale reçut du docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, une communication de laquelle il résulte que la supériorité des fumigations de foie de bœuf a été plus particulièrement constatée par la médecine nautique, appelée par la spécialité de son ministère à combattre fréquemment l'héméralopie. « Dès 1852, dit-il [1], nous en parlions dans les termes suivants : Tous les moyens préconisés contre cette névrose (applications répétées de vésicatoire autour de l'orbite, purgatifs, vapeurs d'ammoniaque, strychnine par la méthode endermique, etc.) ont montré, les uns après les autres, leur inefficacité absolue. Je recourus alors aux fumigations de foie de bœuf ; dès la première fumigation, il y eut une amélioration notable, et au bout de quinze jours la guérison était complète. Le remède est vulgaire, mais il a une suffisante compensation à ce défaut : il guérit. Il est assez difficile de se rendre compte de l'action de ce singulier médicament ; je crois que, par des essais comparatifs avec les principaux éléments qui le constituent, on arriverait à la détermination de l'élément qui est actif. Il est rationnel de supposer que c'est la bile, et je m'en serais assuré en traitant d'autres malades au moyen de fumigations faites avec le liquide de la vésicule, si les cas ne m'avaient pas fait défaut. Peut-être l'extrait de fiel de bœuf, dont les applications sont encore si restreintes, est-il appelé à rendre, sous forme de collyre, les plus grands services contre l'héméralopie. » (*Histoire médicale de la campagne de la frégate à vapeur* L'ELDORADO. Paris, 1852.)

L'auteur cite trois malades atteints d'amblyopie nocturne et qu'il soumit, l'année dernière, aux fumigations, dans son service à l'hôpital de Cherbourg. Deux guérirent avec une suprenante rapidité ; le troisième éprouva une amélioration notable, mais lente, et n'eut pas la patience d'attendre mieux. Il résulte, d'ailleurs, de ses recherches, que tantôt le foie et tantôt le fiel de certains animaux ont été recommandés contre l'héméralopie par un grand nombre d'anciens auteurs : Hippocrate, Paul d'Egine, Aétius, Actuarius, Marcellus, et plus tard Ambroise Paré [2]. Cette affirmation continue et traditionnelle de l'utilité de l'emploi du foie contre les maladies des yeux, depuis l'esturgeon biblique du vieux Tobie jusqu'au fiel

---

[1] Union médicale, 1858, p. 563.

[2] Dùm coquitur (hepar hirciuum), vaporem oculis apertis admittere jube (PAUL D'EGINE).

Aliqui hepar coquunt, et oculos super elatum vaporem detinent (AÉTIUS).

Jecur hircinum comede, et, dùm coquitur, vaporem oculis excipe (ACTUARIUS).

de crocodile d'Ambroise Paré, n'a-t-elle pas quelque chose de très-remarquable? Le docteur Fonssagrives conseille de faire cuire un foie de bœuf dans l'eau bouillante, et de le couper par tranches, lesquelles sont placées dans une serviette, dont l'un des chefs est jeté sur la tête du malade. Les yeux doivent recevoir les vapeurs d'aussi près que possible et sont maintenus ouverts pendant l'opération. Celle-ci est répétée chaque jour, à deux ou trois reprises. Le même foie peut servir pour plusieurs fumigations, en le faisant rebouillir, lorsqu'on l'utilise de nouveau.

Dans le travail que j'ai publié dans l'Union médicale, je disais : « L'expérience clinique aura à démontrer si l'on n'arriverait pas aux mêmes résultats à l'aide de fumigations avec de l'eau simple ou avec des infusions de plantes aromatiques. » Voici, à cet égard, le résumé des essais comparatifs du docteur Baizeau [1].

Ce chirurgien fait observer que, pour obtenir une idée précise sur l'action d'un remède quelconque contre cette affection, il est indispensable de laisser les malades dans un repos absolu de huit ou quinze jours avant de l'essayer; on peut seulement alors être certain qu'on ne s'est pas trompé. C'est après avoir observé cette précaution qu'il mit à l'épreuve les fumigations avec la décoction de foie de bœuf; leurs propriétés antihéméralopiques furent constatées chez plusieurs malades. Le foie fut supprimé pour d'autres sujets, et l'on ne prescrivit les fumigations qu'avec de l'eau chaude. Chaque malade, la tête penchée sur un vase rempli de ce liquide et couverte d'une serviette, recevait la vapeur sur les yeux; deux séances, d'un quart d'heure chacune, avaient lieu chaque jour. Or, les effets furent aussi avantageux que pour les fumigations azotées. L'auteur affirme que celles qui furent effectuées avec les décoctions de mauve et de plantes aromatiques montrèrent la même efficacité. Il conclut de ces expériences que la vapeur d'eau constituait le seul élément actif de la médication. « Que cette vapeur, dit-il, détermine une sudation de la face ou une révulsion sur les conjonctives, je laisserai là les hypothèses, me contentant du résultat dont j'affirme la véracité. De tous les remèdes que j'ai employés, c'est celui qui a le mieux répondu à mon attente. »

Par la publication de notre travail, nous avons été assez heureux pour provoquer les communications qui précèdent et qui s'accordent sur l'efficacité d'un expédient à peu près tombé dans l'oubli, car nous ne l'avons vu conseillé dans aucune consultation ophthalmo-

(1) Union médicale, 1858, p. 383.

logique, et il n'en est pas question dans plusieurs traités d'oculistique de date récente. Quant au mode de composition des fumigations destinées à combattre l'héméralopie, il sera facile de le déterminer avec certitude d'après quelques nouvelles expériences.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mode de préparation d'une huile de laurier composée, destinée à combattre l'élément douleur dans le rhumatisme et la goutte.

M. Savoye, pharmacien à Lyon, vient d'introduire dans la matière médicale un agent qui nous paraît destiné à rendre des services à la thérapeutique, et qui a même déjà fourni quelques succès. Il s'agit de l'huile de laurier composée. En voici la formule :

Feuilles sèches	de laurier commun (*laurus nobilis*)........	100 grammes.
—	de pouliot (*tencrium montanum*)..........	100 grammes.
—	de dictame de Crète (*origanum dictamnus*).	100 grammes.
—	de certhule (*certhula mathiali*)............	100 grammes.
—	de frêne (*fraxinus ornus*)................	100 grammes.
Sanicle des montagnes (*sanicula montana*)................		100 grammes.
Huile d'olives sauvages................................		5 kilogrammes.

Pilez ces substances, mettez-les dans l'huile, et, après un mois de macération, faites bouillir le tout sur un feu très-doux jusqu'à réduction d'un sixième; passez à travers un linge, soumettez le marc à l'action d'une forte presse; filtrez au papier ou clarifiez par le repos.

M. Savoye attribue le secret de l'efficacité de cette préparation aux propriétés natives des diverses plantes qui la composent, et qui dépendent surtout du climat sous lequel elles croissent et de l'époque à laquelle on les récolte (le pouliot se cueille au mois d'avril sur les montagnes de Smyrne; le dictame, en mai, dans l'île de Candie; la Calabre fournit le laurier, le frêne, la sanicle et la certhule).

L'emploi de l'huile de laurier composée est indiqué dans une foule de cas, qui ont tous entre eux un fait commun, la localisation de l'élément douleur sur quelques points de l'organisme.

Formules contre la dyspepsie cardialgique.

Il n'est guère d'affections chroniques plus difficiles à guérir que la dyspepsie cardialgique, et dans le traitement desquelles il importe plus de varier, de temps en temps, ses moyens d'action. Parmi les

préparations que conseille dans ce cas M. Gendrin, nous signalerons les deux suivantes :

Elixir tonique.

Pr. Eau distillée de menthe..................	250 grammes.
Extrait de cascarille....................	5 grammes.
Extrait d'absinthe......................	5 grammes.
Extrait de gentiane.....................	5 grammes.
Extrait de myrrhe......................	5 grammes.
Feuilles sèches de camomille............	6 grammes.
Ecorces d'orange amère................	10 grammes.
Sous-carbonate de potasse...............	15 grammes.

Triturez ensemble ; faites macérer ensuite pendant deux jours ; passez et filtrez.

Prendre une cuillerée à café, dans un demi-verre d'eau, un quart d'heure avant le repas.

Dans les cas où il existe de la pneumatose stomacale, circonstance fréquente chez les femmes, M. Gendrin prescrit de préférence une poudre composée ainsi :

Pr. Poudre d'yeux d'écrevisse...............	10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth................	6 grammes.
Poudre de fèves de Saint-Ignace........	2 grammes.

Mêlez et divisez en trente-six doses.

Prendre un paquet, enveloppé dans du pain azyme, un quart d'heure avant les repas, qui doivent être composés spécialement de viandes grillées ou rôties, de soupes grasses, etc.

Liniment contre l'otite.

Contre l'otite aiguë, M. le professeur Trousseau conseille l'emploi du mélange suivant :

Extrait alcoolique de belladone...	1 gramme.
Eau..........................	Q. S.
Baume tranquille...............	5 grammes.

Agiter la bouteille avant d'en faire usage. On introduit une boulette de coton imbibée du mélange ci-dessus dans le conduit auditif externe.

L'expérience nous a prouvé qu'on substituera avec avantage la glycérine au baume tranquille, ce dernier véhicule s'opposant à l'absorption du principe médicamenteux.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Recherches sur l'opération de la trachéotomie.

La trachéotomie est une des opérations chirurgicales qui ont subi le plus de vicissitudes aux différentes époques de la science. Pratiquée sans règles par les anciens, comme un moyen extrême de remédier à la suffocation, elle donna quelques succès, mais souvent aussi elle fut infructueuse. On ne tarda pas à la déclarer dangereuse par elle-même, et à lui attribuer la mort des malades. Avec les progrès de l'anatomie, la méthode devint plus sûre, les règles plus rationnelles. Chez les modernes, cette opération fut le sujet d'un grand nombre de travaux. Chaque chirurgien apporta le fruit de son expérience pour en modifier le manuel opératoire, rendre son exécution plus facile et plus prompte, et combattre les accidents qui peuvent la compliquer. Les méthodes et les procédés se multiplièrent, et les règles qui nous ont été transmises par eux ne laissent que peu de chose à désirer.

Cependant c'est dans ce siècle, et surtout dans notre époque, depuis l'application de la trachéotomie au traitement du croup, que cette opération a acquis une grande importance.

Je vais essayer de retracer en peu de mots les différentes méthodes qui ont été mises en usage depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, et montrer les modifications qui ont été apportées dans la pratique. Depuis Asclépiade, médecin de Rome, qui, d'après Galien, aurait le premier fait la trachéotomie sur un malade atteint d'angine suffocante, jusqu'à l'époque où Louis publiait ses deux remarquables mémoires dans les recueils de l'Académie de chirurgie, trois méthodes principales étaient employées pour donner à l'air un accès artificiel dans le poumon : l'incision transversale des téguments et de la trachée, l'incision verticale des téguments et l'incision transversale de la trachée, puis la méthode actuelle. A ces trois grandes méthodes se rattachent de nombreux procédés, que nous décrirons chemin faisant.

L'incision transversale des téguments et de la trachée fut le premier moyen employé par les anciens ; c'est celui d'Asclépiade et de ses successeurs ; il leur avait été inspiré par la connaissance de faits pathologiques, de plaies de la trachée qui s'étaient cicatrisées sans inconvénients. Mais cette opération n'était soumise à aucune règle ; on la pratiquait dans les cas extrêmes, lorsque tous les au-

tres moyens avaient échoué. Aussi les insuccès nombreux, joints à cette opinion d'Hippocrate, que les plaies des cartilages ne se cicatrisaient pas, firent regarder la trachéotomie comme dangereuse.

Il faut arriver au septième siècle pour trouver dans Paul d'Egine une description assez complète du manuel opératoire. « Il faut, dit ce chirurgien, coucher le malade la tête renversée en arrière, de manière à faire saillir la trachée ; faire au-dessous du larynx une incision transversale des téguments, et inciser la trachée dans l'intervalle du deuxième et du troisième anneau cartilagineux : on est averti que l'on a pénétré dans la trachée par la brusque sortie de l'air par la plaie et l'extinction subite de la voix. »

C'est le même procédé qu'on retrouve dans Oribase et chez les Arabes. Jusqu'au seizième siècle, après avoir ouvert la trachée, on abandonnait l'incision à elle-même, ou bien on la maintenait dilatée en plaçant des tentes entre les bords de la plaie. En 1552, J. Houillier remit la trachéotomie en pratique, en modifiant le manuel opératoire. Il donna des préceptes pour la pratiquer, et le premier fit usage d'une canule placée dans la trachée, pour donner à l'air un libre accès dans le conduit. Il recommande de diviser la peau verticalement, de ne pas inciser les muscles, de les écarter et d'atteindre la trachée dans leurs interstices. Mais il incise la trachée transversalement et place dans l'ouverture une canule métallique droite, assez courte pour ne pas toucher la paroi postérieure du conduit aérien, et munie d'ailes qui servent à la maintenir.

Cassérius donne des indications plus précises encore. Il veut qu'avant de faire l'incision, on trace sur la peau avec de l'encre, et au devant de la trachée, une ligne verticale sur le point qu'on doit inciser. Il veut aussi que l'opération se pratique en plusieurs temps, « qu'on coupe la peau et le paucier jusqu'au corps thyroïde, » qu'on divise ensuite cette glande, et qu'après avoir mis la trachée à découvert, on l'ouvre dans l'espace du deuxième au troisième anneau. Il modifia la forme de la canule employée par J. Houillier, et se servit d'une canule en plomb ou en argent aplatie et recourbée, assez longue pour pénétrer dans la trachée à une certaine profondeur. Cette canule, percée de trous, était maintenue dans la trachée pendant plusieurs jours, puis retirée, et la plaie réunie par suture. Marc-Aurèle Séverin modifia ce dernier moyen : il conseille de ne pas réunir après avoir retiré la canule. Il veut aussi qu'on corrige l'air extérieur en plaçant au devant de l'ouverture de la canule un linge imbibé d'un liquide tiède. Moreau, chirurgien français, adopte le précepte de Marc-Aurèle ; mais il préfère, pour rendre à l'air inspiré

une température égale à celle qu'il acquiert dans l'état normal en traversant la bouche, qu'on élève la température autour du malade.

La trachéotomie était déjà très-répandue et avait fourni de nombreux succès dans les cas de corps étrangers et d'angine suffocante ; elle était déjà soumise à des règles bien établies ; mais tous les chirurgiens avaient remarqué qu'un des principaux accidents de cette opération était l'hémorrhagie, et tous redoutaient l'introduction du sang dans les voies aériennes. C'est pour parer à cet accident que Dekkers imagina un nouveau procédé. Il substitua à l'incision la ponction à l'aide d'un trocart ordinaire qui venait d'être inventé pour la paracentèse, par Sanctorius. A l'aide de cet instrument, il traversait les téguments et la trachée d'un seul coup, et laissait la canule dans la trachée. Le procédé de Dekkers ne tarda pas à être modifié, et donna l'idée d'instruments spéciaux pour la trachéotomie, lesquels ont reçu le nom de *bronchotomes*.

Dionis rapporte une autre manière d'opérer qui se rapproche beaucoup d'une méthode mise en pratique de nos jours, par M. Chassaignac ; elle consiste « à faire une seule ponction ; avec un bronchotome ou une lancette on ouvre la peau et l'interstice des cartilages bronchiques ; on ne retire pas l'instrument, entré dans la trachée, avant d'y avoir mis un stylet pour y conduire la canule ; de cette manière, l'opération est plus tôt accomplie, moins cruelle et plus aisée à guérir. »

Ce procédé, simple en apparence, et si vanté par Dionis, devait être en pratique d'une grande difficulté. Comment, en effet, reconnaître la trachée chez les sujets gras et chez ceux qui ont le cou tuméfié ? De plus, comme Louis le fait remarquer dans son premier mémoire, cette méthode ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie.

Petit modifie encore la ponction de la manière suivante : à travers les téguments, il reconnaît l'interstice du troisième au quatrième anneau de la trachée, marque cet endroit avec l'ongle, et à l'aide d'une lancette armée pénètre transversalement dans la trachée, et place ensuite la canule, dont il recouvre l'orifice avec une gaze.

Schapp signale le premier les mouvements de la trachée comme un obstacle à l'introduction de la canule, et veut qu'on fasse l'opération de la manière suivante : après avoir incisé les téguments verticalement jusqu'à la trachée, qu'on termine avec le trocart.

La bronchotomie par la méthode de la ponction avec le trocart, le bronchotome ou la lancette, était regardée par Van Swieten comme très-difficile, à cause des mouvements de la trachée, et comme dangereux, à cause de la facilité avec laquelle on peut blesser

les organes voisins, si la pointe de l'instrument est déviée; aussi s'élève-t-il de toute son autorité contre toutes les méthodes qui ont pour but de pénétrer dans la trachée en un seul temps. Cependant, quelques années plus tard, Beauchot, chirurgien de marine, remit en honneur cette méthode, un peu abandonnée depuis Van Swieten. Il invente un nouveau procédé et un bronchotome spécial : pour s'opposer aux mouvements de la trachée et la maintenir immobile, il se servait d'un ténaculum semblable à celui que nous employons encore aujourd'hui. Ce ténaculum servait encore à diriger le bronchotome sur la trachée. Comme on le voit, ce procédé de Beauchot répondait à toutes les objections de Van Swieten contre la méthode de la ponction. L'instrument qui servait à ouvrir la trachée était composé d'une tige d'acier aplatie et recourbée suivant ses faces, tranchante à partir de trois lignes de la pointe, et munie d'une canule portant deux ailes, et deux anneaux destinés à la maintenir dans la plaie. La longueur de la lame de cet instrument était d'un pouce et demi, ce qui offrait une certaine difficulté chez les sujets gras pour pénétrer dans la trachée-artère. Aussi Beauchot veut-il que, dans certains cas, on fasse une incision à la peau, et qu'ensuite on se serve de son procédé pour terminer l'opération.

Heister est le premier qui pratiqua la trachéotomie par l'incision verticale des téguments et de la trachée. Il rapporte que dans un cas d'angine grave, il fut obligé d'inciser les six premiers anneaux cartilagineux.

Virgili, chirurgien espagnol, fut conduit à ce procédé dans un cas spécial; il pratiquait la trachéotomie sur un soldat espagnol pour une esquinancie, et après avoir incisé la trachée, entre le deuxième et le troisième anneau, le sang s'introduisit dans les voies aériennes et amena la suffocation; ce chirurgien n'hésita pas, il incisa la trachée verticalement dans l'étendue d'un demi-pouce : l'hémorrhagie cessa aussitôt; il maintint la plaie ouverte au moyen de deux lames de plomb recourbées et attachées derrière le cou; le malade guérit.

Tous les chirurgiens donnaient pour précepte, quel que fût le procédé employé, de renverser la tête du malade en arrière, avant de faire l'opération. Ce fut Verduc qui, le premier, fit remarquer que dans cette position on augmente la suffocation, et qu'il faut laisser le malade dans la position où il respire avec le plus de facilité. Ce précepte a été remis en honneur de nos jours, par M. Trousseau.

En 1730, Georges Martin, ayant observé un cas de trachéotomie dans lequel la canule s'était oblitérée plusieurs fois, imagina la canule double avec son pavillon, ses deux anneaux, telle que nous l'employons aujourd'hui.

Comme on peut le remarquer, jusqu'à l'époque de l'Académie de chirurgie, les méthodes employées pour pratiquer la trachéotomie laissaient beaucoup à désirer, si on les examine en particulier; mais si l'on prend dans chaque procédé ce qui est bon, on voit que toutes les difficultés de l'opération avaient été prévues; et qu'il ne restait plus qu'à réunir toutes ces indications isolées pour créer la méthode la plus employée de nos jours. Nous trouvons dans Verduc la position à donner au malade avant l'opération; dans Cassérius, les indications précises pour faire l'incision des téguments; dans Heister, l'incision longue de la trachée; dans Virgili, une indication pour arrêter l'hémorrhagie : Beauchot nous fournit le ténaculum pour fixer la trachée; Georges Martin la canule double; Moreau indique la précaution qu'il faut avoir de placer au devant de la canule une gaze légèrement humectée.

Tous ces préceptes sont restés plus d'un siècle épars çà et là dans les auteurs, avant d'être réunis pour former une méthode; et Louis, qui a le plus contribué à faire connaître l'histoire de cette opération, a laissé passer toutes ces indications. Il abandonne la méthode de l'incision, qu'il n'admet que pour le cas de corps étrangers, pour donner la préférence au procédé de Beauchot, auquel il accorde les plus grands éloges, et qu'il a contribué à vulgariser au point qu'au dix-septième siècle c'était à peu près le seul qui fût employé pour remédier à la suffocation.

Du reste, jusque vers la fin de la première moitié du dix-neuvième siècle, la trachéotomie n'était employée que dans le cas d'angine, de laryngite intense, et pour extraire les corps étrangers des voies aériennes. La ponction avec le bronchotome de Beauchot était la méthode généralement adoptée pour le cas d'angine suffocante; l'incision était presque exclusivement réservée pour les corps étrangers.

Ce fut en 1765 que Home proposa pour la première fois d'appliquer cette opération au traitement du croup; mais ce ne fut qu'avec de grandes difficultés et une grande persévérance que Caron parvint à en démontrer l'utilité, malgré les critiques de Bichat et de Richerand, et le jugement prononcé par l'Académie de médecine, à l'époque du concours de 1807.

C'est qu'en effet, jusqu'alors, on l'avait toujours pratiquée sans

succès, et cela parce que la trachéotomie, regardée comme un moyen extrême, était pratiquée à une période de la maladie où il ne restait plus d'espoir de sauver le malade.

Cependant, cette opération fut le sujet de travaux importants de la part des chirurgiens modernes : Sabatier en fit le sujet de sa thèse inaugurale en 1722 ; il adopta le procédé ancien, c'est-à-dire l'incision verticale des téguments, et l'ouverture transversale de la trachée dans un espace intercartilagineux. La description qu'il en donne dans son *Traité de médecine opératoire* est très-minutieuse ; il veut qu'après avoir couché le malade, la tête renversée en arrière, on fasse au devant de la trachée un pli transversal à la peau, et qu'on incise ce pli verticalement, précaution inutile et souvent impossible à mettre en pratique si le sujet est gras, ou si les téguments sont tendus et infiltrés. Après l'incision, qu'il recommande de faire longue, il divise le tissu cellulaire entre les muscles, reconnaît la trachée avec l'indicateur de la main gauche, place l'ongle dans l'intervalle des deux anneaux, et incise transversalement ; mais cette opération lui paraît difficile, et il conseille de lui substituer la laryngotomie.

Desault partage les idées de Sabatier au sujet de la laryngotomie. Boyer pratique la trachéotomie par le procédé ordinaire, mais il préfère à cette opération la laryngo-trachéotomie, et veut qu'après avoir fait l'incision de la peau comme à l'ordinaire, on cherche la membrane crico-thyroïdienne, qu'on la divise, et, si l'ouverture ne suffit pas, qu'on incise le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée.

La trachéotomie commençait à tomber dans l'oubli, lorsque André, chirurgien de Londres, publia, en 1782, le premier succès de cette opération dans le croup. En 1825, M. Bretonneau en fit connaître un second, et publia ses travaux sur la diphthérite. La trachéotomie acquit dès lors une grande importance, et devint le traitement presque exclusif du croup. M. Bretonneau employait ce procédé par l'incision verticale, sans rien modifier au manuel opératoire déja connu ; il changea seulement la forme des canules, et mit le premier en pratique l'écouvillonnement et la cautérisation des voies aériennes après la trachéotomie.

La canule de M. Bretonneau était composée de trois parties : deux extérieures, formant en se rapprochant un cylindre complet, analogue au spéculum bivalve ; une intérieure, formant un tube qu'on peut retirer et introduire à volonté dans le cylindre précédent. Cette canule était droite, et, pour l'empêcher de sortir facilement de

la trachée, lorsque les téguments du cou s'enflamment, elle était munie à son extrémité trachéale d'un petit rebord saillant. M. Bretonneau ne plaçait pas cette canule aussitôt après avoir fait l'ouverture de la trachée ; il maintenait avec le dilatateur cette ouverture béante pendant dix ou quinze minutes, et voulait qu'on débarrassât la trachée des fausses membranes et du mucus avant d'y placer la canule.

A cet effet, il inventa deux petits instruments qu'on trouve encore dans toutes les boîtes à trachéotomie : ce sont l'écouvillon en éponge et la petite brosse en crins flexibles. M. Bretonneau introduisait dans l'ouverture de la trachée l'un ou l'autre de ces instruments, et lui faisait parcourir rapidement une certaine étendue de ce conduit, dans le but de détacher les fausses membranes et d'extraire les mucosités. Après avoir exécuté cette manœuvre, il plaçait la canule, ou bien, auparavant, il cautérisait la trachée au moyen de l'écouvillon d'éponge plongé dans une solution caustique. Après avoir placé la canule, il répétait plusieurs fois par jour l'écouvillonnement et la cautérisation par attouchement. M. Trousseau, dont nous allons bientôt décrire le procédé opératoire tel qu'il l'emploie aujourd'hui, insista surtout sur l'écouvillonnement aussitôt après avoir ouvert la trachée, et principalement lorsqu'on veut cautériser ; mais avant d'écouvillonner, M. Trousseau conseille d'instiller dans la trachée une demi-cuillerée à café d'eau tiède, afin de ramollir les fausses membranes et de rendre leur extraction plus facile. Cette pratique est généralement abandonnée aujourd'hui ; on écouvillonne la trachée, mais seulement après avoir placé la canule, et cette méthode nous semble préférable ; on met le malade dans de meilleures conditions pour respirer, et l'on a plus de facilité lorsque la canule est en place pour agir sur la trachée. Du reste, l'écouvillonnement n'est pas toujours pratiqué dans le but de détacher les fausses membranes, mais il agit surtout quand on le fait avec la petite brosse en crins ; en irritant la muqueuse trachéale, il amène des efforts de toux, et par suite l'expulsion des mucosités et des fausses membranes peu adhérentes.

La cautérisation était aussi pratiquée par M. Trousseau ; il se servait d'une solution de nitrate d'argent, qu'il portait dans la trachée au moyen de l'écouvillon, ou qu'il instillait dans la trachée. Cette dernière méthode de cautérisation demande de grandes précautions : pour la pratiquer, il faut, dit M. Trousseau, remplir de la liqueur caustique une plume à écrire et la verser dans la trachée, en profitant autant que possible d'un mouvement d'inspiration ; im-

médiatement après, on instille de l'eau et on écouvillonne vigoureusement. Cette pratique avait été heureusement conçue : modifier la surface qui produit les fausses membranes, tel était le but de ce médecin; mais le caustique était mal choisi, et M. Trousseau l'a reconnu lui-même. Nous lui avons entendu rappeler, dans une réunion scientifique, que le nitrate d'argent avait pour propriété de coaguler le mucus dont les fausses membranes sont en grande partie formées, ce qui explique les accès de suffocation si considérables qu'on voit survenir après ces sortes de cautérisations : aussi M. Trousseau, sans abandonner la cautérisation après la trachéotomie, a-t-il changé la nature du caustique.

Depuis 1830, la trachéotomie acquiert une grande importance dans le traitement du croup. Les succès qu'elle fournit, entre les mains de M. Bretonneau et surtout de M. Trousseau, contribuent surtout à la populariser; mais en même temps qu'elle devient plus commune dans le traitement du croup, on la voit plus rarement employée dans les autres affections de la gorge, et c'est à peine si l'on trouve dans les recueils périodiques quelques cas de trachéotomie appliquée à d'autres affections qu'au croup et aux corps étrangers des voies aériennes. Aussi tout ce que nous allons dire de cette opération s'appliquera presque exclusivement aux cas de diphthérite trachéale.

La méthode instituée par M. Bretonneau ne laissait que peu à désirer; aussi voyons-nous un laps de temps assez long s'écouler sans qu'aucune modification soit apportée dans le procédé opératoire : les seules modifications portent sur la forme de la canule à introduire dans la trachée. Sanson aîné substitua à la canule de M. Bretonneau une canule composée de deux valves arrondies, un peu plus rapprochées à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités, et pourvues en haut de deux tiges transversales contenant dans leur intérieur un ressort à boudin destiné à tenir les valves écartées. Cette canule est droite et d'une longueur peu considérable; aussi présente-t-elle de nombreux inconvénients : 1° comme toutes les canules simples, elle peut s'oblitérer par le mucus et les fausses membranes, et nécessiter sa réintroduction; 2° le gonflement des parties molles après l'opération peut la repousser hors de la trachée; de plus, il est très-difficile de la maintenir dans la plaie, parce qu'elle ne présente pas d'anneaux pour la fixer derrière le cou : aussi cette canule fut-elle rarement employée. M. Gendron en inventa une autre, composée aussi de deux valves plates, droites, qui s'écartent et se rapprochent à l'aide d'un pas de vis qui les tra-

verse en haut : c'est une modification très-faible de la canule de Sanson; elle a seulement l'avantage d'avoir une longueur double ; mais, du reste, elle a tous les inconvénients de la précédente. M. Trousseau modifia aussi la forme de la canule. Dans un cas d'altération chronique du larynx, il employa une grosse canule recourbée, munie à sa partie supérieure, du côté de sa convexité, d'une ouverture pouvant se fermer à volonté, et destinée à laisser passer une partie de l'air dans le larynx. Cette canule a été employée avantageusement dans ce cas : le malade la supporte pendant une année ; mais je ne sache pas qu'elle ait jamais été employée dans le croup. Pour cette dernière affection, M. Trousseau imagina une canule à lorgnette, c'est-à-dire pouvant s'allonger et se raccourcir à volonté ; elle était composée de fils d'argent roulés en spirale, et avait pour but de se prêter au gonflement des parties molles après l'opération. M. Bourgellat remit en honneur la double canule courbée des anciens ; mais il veut que la canule intérieure soit plus longue que la canule externe de 1 millimètre, afin qu'en la retirant il n'y ait pas de mucosités qui obstruent l'orifice inférieur de la canule externe. C'est une précaution qui n'offre pas grand avantage, et qui peut gêner beaucoup pour l'introduction de la canule après l'ouverture de la trachée.

Toutes ces modifications, apportées dans la forme des canules, sont restées sans succès, et M. Trousseau, qui possède la plus grande expérience dans l'opération qui nous occupe, a adopté la canule double que nous avons déjà décrite, et qui a été inventée par Georges Martin ; il a pourtant rendu un grand service en régularisant la courbure de cette canule, et en proportionnant son calibre à celui de la glotte.

L'emploi de la canule est-il indispensable? Non ; nous trouvons de nombreuses observations qui le prouvent. Dans des cas où la trachéotomie était devenue nécessaire pour sauver la vie du malade, nous voyons des médecins ne pas hésiter, ouvrir la trachée et maintenir la plaie béante par des moyens divers inspirés par la nécessité. Les anciens, qui ne connaissaient pas encore les canules, maintenaient la trachée ouverte à l'aide de tentes ; de notre temps, M. Scoutetten fit la trachéotomie sur un enfant de six semaines atteint de croup, et, à défaut de canule, maintint la trachée ouverte en plaçant dans l'intérieur une sonde de gomme élastique (Ann. de chir. obs.). Dans un cas semblable, M. Malieurat se servit, pour tenir les lèvres de la plaie trachéale écartées, de deux épingles recourbées en crochet, et maintenues au moyen d'un fil attaché à leur tête et lié

derrière le cou. Ces deux cas furent suivis de succès. Ce ne sont pas les seuls exemples qui existent dans la science; je pourrais en citer beaucoup d'autres, mais ceux que je viens de rappeler suffisent pour prouver que, dans des cas semblables, un chirurgien ne devra plus hésiter à suivre l'exemple de ces deux auteurs. Ch. Hardy,

Interne des hôpitaux.

(*La fin au prochain numéro.*)

Observation de vomique phlegmoneuse, suivie de guérison.

Il n'y a pas de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire, a dit Laënnec. A ce titre, le fait suivant sera accueilli avec intérêt.

Obs. L'enfant X..., âgé de sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution ordinaire, *né de parents sains*, habitant la ville de Bergerac, jouissait habituellement d'une bonne santé.

Alité depuis environ huit mois, il avait éprouvé, une année auparavant, *sur la partie latérale du thorax*, en jouant à l'école avec un de ses camarades qui le fit choir violemment contre un banc d'étude, une forte contusion, sans fracture, dont la cure incomplète, nonobstant les moyens employés, présageait vaguement un orage.

Le 11 septembre 1854, nous fûmes appelé à donner nos soins au malade. Il offrait, à cette date, les phénomènes ci-après : faiblesse extrême; amaigrissement considérable; traits allongés, vieillis, imitant la figure du singe; intelligence obtuse; tête endolorie; vue obscure; ouïe imparfaite; décubitus dorsal; membres fléchis, roides; peau aride, rugueuse, légèrement moite tous les matins au jour; langue peu humide, rouge à la pointe, limoneuse en arrière; pâleur générale; pouls concentré, petit, misérable, très-fréquent; soif vive; inappétence; fonctions digestives presque nulles; urines rares, brunes et épaisses; bruits du cœur à peu près naturels; sommeil fugitif, constamment troublé par des rêves affreux; changements de position presque douloureux, insupportables; selles diarrhéiques nombreuses; ventre ballonné, dur, sensible au toucher; vomissements éloignés, principalement bilioso-aqueux; toux répétée, fatigante, tantôt sèche, tantôt grasse; expectoration ordinairement puriforme, abondante, parfois mêlée de sang noirâtre; matité profonde, étendue, *perceptible à gauche, vers la région moyenne du poumon*; respiration anxieuse, bronchophonique, précipitée, s'accompagnant d'un râle muqueux à grosses bulles dans presque toute la poitrine,

surtout aux points traumatiquement atteints, où l'on entendait aussi par moments un gargouillement manifeste.

Malgré l'opinion contraire des praticiens préposés avant moi au traitement du malade, je diagnostiquai un abcès pulmonaire, existant en dehors de tout élément tuberculeux.

Le pronostic, quoique singulièrement atténué par notre manière de voir, n'en restait pas moins très-sérieux.

Soumis, dès le début de l'affection, à l'usage de l'huile de foie de morue, comme agent principal, le patient ne voulait plus, *avec raison*, selon nous, entendre parler de ce remède, dont l'idée seule lui révoltait l'estomac.

Après mûres réflexions, nous conseillâmes : 1° l'absence permanente d'une vive lumière; 2° de l'eau fraîche pour boisson ; 3° un grand repos d'esprit et de corps ; 4° du bouillon de veau ou de poulet, saturé de purée de fèves, avec ordre de l'administrer environ six fois le jour, à doses fractionnées; 5° trois frictions par vingt-quatre heures, de quinze minutes chacune, exercées, à intervalles voulus, sur toutes les parties facilement accessibles (la tête exceptée), au moyen d'un gros morceau de lard vieux, convenablement chauffé pour les besoins de l'opération ; 6° le sirop de Lamouroux, à prendre fréquemment dans la journée par petites gorgées; 7° des injections rectales, matin et soir, composées de la manière suivante :

Décoction émolliente....................	80 grammes.
Extrait aqueux de ratanhia.............	2 grammes.

Sous l'influence de cette prescription, plus ou moins rigoureusement appliquée selon les indications, l'enfant X... ne tarda pas à être un peu mieux.

Le 12 novembre, bien que la situation se montrât toujours en voie de s'améliorer, nous observâmes un gonflement situé du côté malade, vers la région externe et inférieure du sein.

Cette enflure, survenue sourdement, tout à fait à notre insu, avait les dimensions d'un gros œuf de poule.

Ne laissant apercevoir aucun changement de couleur à la peau, et disparaissant en partie par une forte pression, elle était molle, indolore et fluctuante dans toute son étendue.

En cette occurrence, l'incision immédiate nous parut devoir mériter la préférence.

Pratiquée inférieurement, de façon à éviter autant que possible l'introduction *directe* de l'air atmosphérique dans le foyer du mal,

elle donna rapidement issue à un liquide parfaitement analogue aux crachats du malade, et bien plus considérable (environ 90 grammes) que ne le comportait la capacité de la tumeur.

L'écoulement de la suppuration, favorisée à la fois par des mouvements méthodiques et par la position du sujet, s'effectua, pour ainsi dire, jusqu'à la dernière goutte.

Tenue déclive et pansée, sans autre précaution, avec de la charpie cératée, qu'on renouvelait toutes les douze heures et qu'on maintenait à l'aide d'un bandage approprié, l'ouverture se cicatrisa complétement après un suintement puriforme de quelques jours.

Exempte de tout incident ultérieur, cette collection de pus fut très-avantageuse à l'enfant.

Après l'opération, la partie malade du poumon, dont les caractères intimes avaient encore peu varié, ne fournissait guère plus à l'exploration locale, comme on devait d'ailleurs s'y attendre, que les signes généralement attachés aux cavernes vides.

L'appareil symptomatologique ayant fini de perdre dans ces circonstances tout principe d'acuité, nous dûmes apporter de notables changements à la médication précitée.

Ces changements, les voici : 1° chambre habituellement bien éclairée ; 2° tisane pectorale tiède ; 3° exercice physique et moral subordonné aux forces du malade ; 4° alimentation plus large, franchement réparatrice ; 5° réduction des frictions à deux par jour ; 6° sirop de cachou ioduré, pris comme le précédent et formulé comme il suit :

Sirop de cachou......................	100 grammes.
Iodure de potassium..................	2 grammes.

7° suppression des lavements.

Jusqu'au 29 (même mois), la marche progressivement satisfaisante de la maladie ne se démentit pas un seul instant ; mais plusieurs symptômes affligeants, à compter de cette époque, reparurent brusquement : entre autres, la fièvre, le flux de ventre, l'oppression, les crachats sanguino-purulents et les caractères précédemment fournis par la percussion et par l'auscultation ; en même temps, un nouvel abcès, cette fois accompagné de rougeur et de tension douloureuse, se développa un peu au-dessous de son aîné, vers les attaches du diaphragme.

A notre traitement primitif, auquel nous crûmes devoir nous hâter de recourir, nous ajoutâmes : 1° des cataplasmes de farine de lin sur la tuméfaction ; 2° de la corne de cerf calcinée en poudre,

par 20 centigrammes répétés et associés à chaque dose de sirop de Lamouroux.

Le 8 décembre, la tumeur étant arrivée à point, nous l'ouvrîmes, selon les préceptes mis antérieurement en lumière.

A partir de ce moment, ce second abcès, vidé et soigné comme le premier, présenta, sauf quelques variantes sans importance, les mêmes phénomènes propres ou sympathiques.

La maladie reprenant ainsi la forme qu'elle avait si heureusement affectée entre les deux tumeurs, je revins au dernier traitement.

Continué longtemps sans nuances tranchées, il fut ensuite modifié ou élagué peu à peu, avec sagesse et ménagement, au fur et à mesure que la nature recouvrait ses droits.

En janvier 1856, notre malade, qui accusait une atrophie prononcée du côté gauche de la poitrine, se trouvait néanmoins dans les meilleures conditions possibles. *Il était sauvé.* Toutes les fonctions s'exécutaient ou commençaient à s'exécuter régulièrement. Nous n'avions plus véritablement qu'à nous occuper des suites de l'affection.

Les médicaments proprement dits se réduisirent dès lors à un seul : l'iodure de potassium. Dissous dans du sirop de salsepareille (10 grammes de base pour 120 grammes de véhicule), on le donnait seulement soir et matin, par cuillerées à bouche, deux heures avant ou après les repas.

Cette préparation pharmaceutique, souvent et variablement interrompue dans le cours de son administration, pour en augmenter l'effet, répondit pleinement à notre attente.

Le 20 février 1858, les parois de la vomique, sensiblement restreintes, ne fournissent plus, *depuis plusieurs mois*, aucune matière suspecte; je cesse définitivement l'usage du remède, au profit exclusif des règles de l'hygiène, particulièrement commandées dans l'espèce.

Aujourd'hui, l'enfant X..., *dont la santé générale est excellente*, trahit encore cependant quelques légers symptômes, que nous allons successivement relater : toux passagère, ordinairement sèche; persistance très-affaiblie de la déformation thoracique; respiration parfois un peu courte, momentanément bruyante, à peine entachée des marques qui, suivant les cas, appartiennent aux excavations pulmonaires.

Comme on le voit, cet état, surveillé avec soin, nous promet une guérison entière, sinon fort prochaine.

Réflexions. Sous trois rapports principaux, l'observation précédente se recommande vivement à la sérieuse attention des praticiens :

1° Toujours si important, le diagnostic se traduit ici en difficultés nombreuses et exceptionnelles ;

2° Notre traitement, conforme aux mille et une exigences de la maladie, puise surtout son intérêt dans l'emploi des frictions nutritives ;

3° Poursuivi sans relâche et sans découragement, le succès obtenu emprunte à la thérapeutique une valeur où brillent avec éclat les immenses ressources que celle-ci oppose à la souffrance, à la mort.

Dr DE LARUE,

Médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac.

BULLETIN DES HOPITAUX.

UTILITÉ DE LA VENTILATION DES PLAIES ET DES ULCÈRES. — Tel est le sujet d'un mémoire que M. le professeur Bouisson vient de lire à l'Académie des sciences. Nous croyons être utile à nos lecteurs en plaçant sous leurs yeux un extrait de ce travail.

Malgré l'attention accordée, à presque toutes les époques, à l'observation et au traitement des plaies et des ulcères, dit l'auteur, la pratique n'est pas encore irrévocablement fixée sur toutes les questions qui s'y rapportent. Bien que les essais et les recherches de nos devanciers et de nos contemporains aient remanié beaucoup de points de cette partie de la chirurgie, le défrichement est loin d'être complet, et il est à présumer qu'il occupera encore l'activité des investigateurs.

L'idée de ventiler directement les plaies nous est venue en observant la guérison spontanée et à l'air libre des solutions de continuité superficielles faites à des animaux. La prompte dessiccation des surfaces dénudées, la formation d'une croûte et la cicatrisation sous cet opercule protecteur, nous ont amené à penser qu'en favorisant par la *ventilation directe* l'évaporation des liquides exhalés, on accélérerait l'organisation régulière du plasma, et qu'il résulterait une *cicatrisation sous-crustacée* plus avantageuse, à divers titres, que celle qu'on obtient par les pansements ordinaires.

Le but de la ventilation des plaies est le même que celui qu'on s'efforçait autrefois d'atteindre au moyen des topiques réputés sic-

catifs; il se rapproche aussi de celui qui caractérise la méthode des pansements rares et des pansements par occlusion. Mais la cicatrisation sous-crustacée nous paraît préférable en ce sens, qu'en fermant la solution de continuité avec les matériaux mêmes que fournit celle-ci, elle respecte davantage les opérations naturelles.

Cette méthode a une origine physiologique dont les traces seraient faciles à trouver dans les travaux de Hunter et de M. Flourens, qui ont insisté les premiers sur l'utilité de la conservation des croûtes sur les plaies en voie de guérison.

Le blastème cicatriciel qui, sur la surface des plaies, passe successivement de l'état amorphe à celui de stratification fibriforme, finement granulée, avec apparition d'aires vasculaires, condensation graduelle de la masse, et formation ultime d'une couche épidermique limitante, ce blastème, disons-nous, subit d'autant mieux les transformations qui aboutissent à la cicatrice parfaite, qu'il est plus exempt du contact ou de la présence du sang, du pus ou des corps étrangers d'une autre nature. C'est pour ce motif que la cicatrisation offre de si grandes différences de caractère, de durée ou de gravité, suivant les conditions où elle s'opère. On peut résumer ces conditions en rappelant qu'il existe des plaies *sous-cutanées*, des plaies *affrontées*, des plaies *sous-crustacées* et des plaies *nues*. Les premières se prêtent à l'organisation régulière du plasma à l'abri de l'inflammation. Les autres sont nécessairement envahies par ce mode pathologique; mais le procédé le plus rationnel pour les en affranchir, au moins à un certain degré, consiste à les ramener autant que possible aux conditions des plaies de la première catégorie, c'est-à-dire à les placer sous une couche isolante et protectrice qui affranchisse le travail des perturbations ordinaires qui le retardent.

La ventilation nous a paru répondre à cette intention. Mise en usage dans notre service de clinique chirurgicale à Montpellier, dès le mois de mars 1857, elle a été appliquée à des cas variés, notamment à des plaies chroniques ou récentes, à des ulcères locaux ou à des ulcères constitutionnels modifiés par un traitement général préalable, à des solutions de continuité relatives à des opérations chirurgicales.

La nature de la communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie des sciences, et le peu de temps dont je puis disposer, ne me permettent pas d'exposer, dans cet extrait de mon travail, les faits particuliers qui démontrent l'efficacité de la ventilation. Je me bornerai à rappeler que les exemples recueillis s'élèvent au delà

de trente, que les essais ont été faits publiquement, que la ventilation locale, essayée sur des plaies très-anciennes, rebelles aux moyens ordinaires, les a promptement modifiées et guéries, et que ce moyen n'a, dans aucun cas, entraîné d'inconvénients. Dans un cas particulier, un vaste ulcère de la jambe, datant de dix-huit ans, s'est cicatrisé en deux mois.

Les plaies ventilées révèlent promptement l'effet produit : leur surface pâlit sous l'action réfrigérante du courant d'air ; une croûte légère, résidu de l'évaporation de la sérosité du sang ou du pus, s'établit à cette surface où elle adhère. La reprise des séances de ventilation donne à la croûte une consistance graduellement croissante, et lui permet d'abriter la plaie contre l'action des corps extérieurs. Sous cet abri, le travail cicatriciel suit sa marche ordinaire ; la matière plastique subit les métamorphoses connues. Une lame épidermique sépare plus tard la cicatrice organique de la face profonde de l'opercule crustacé, et celui-ci, d'une nature inorganisée et caduque, se détache dans un délai variable.

Le mode de guérison obtenu dans ce cas est assimilable à celui où l'on produit des croûtes artificielles en recouvrant les plaies avec des substances spongieuses et absorbantes qui s'imbibent des liquides séreux ou purulents et forment sur les solutions de continuité des enveloppes adhérentes plus ou moins heureusement tolérées par les tissus. L'application de charpie râpée sur les petites plaies, celle du coton ou du typha sur les brûlures, donnent lieu à ces opercules crustacés artificiels sous lesquels la cicatrisation peut aussi s'accomplir. Un exemple plus remarquable de cicatrisation sous-crustacée est celui qui a lieu à la suite de l'application de certains caustiques arsenicaux qui, après avoir détruit les parties malades, forment avec ces parties mêmes, chimiquement combinées avec le caustique, une escarre isolante qui les dessèche, passe à l'état de croûte, protége le travail plastique, et laisse voir en tombant une cicatrice bien établie et que n'a troublée aucune intervention inflammatoire. Appuyée par ces analogies, la ventilation locale des plaies assure des résultats moins exceptionnels et d'une application plus facile en thérapeutique.

L'auteur passe ensuite en revue les effets thérapeutiques de la ventilation locale, qu'il range sous les chefs suivants : action sédative ; action siccative ; action protectrice ; action antiseptique ; économie des médicaments extérieurs, des pièces de pansement ; simplification du service des malades ; propreté, salubrité. Nous ne

pouvons le suivre dans cette partie de son travail, et nous arrivons aux conclusions du mémoire exposées dans les termes suivants :

« La ventilation des plaies et des ulcères est utile dans un très-grand nombre de cas comme moyen curateur.

« Elle amène la guérison en desséchant les surfaces nues et en les recouvrant d'une croûte formée par le résidu des liquides évaporés.

« Cette croûte a pour effet d'isoler la plaie du contact de l'air et des corps extérieurs, de favoriser un mode de cicatrisation plus simple et plus régulier que celui des plaies exposées, dont le pansement peut détruire la cicatrice en voie d'organisation.

« La cicatrisation sous-crustacée est pour les plaies ouvertes ce que la cicatrisation sous-cutanée est pour les plaies fermées.

« Les plaies et les ulcères ventilés se cicatrisent plus promptement et avec moins d'accidents primitifs ou consécutifs que les plaies soumises aux pansements par les corps gras ou autres topiques médicamenteux.

« La ventilation développe des effets qui se traduisent par la réfrigération locale, l'action astringente et antiphlogistique, la dessiccation de la plaie, son isolement ou occlusion, et la préservation de l'action septique du pus.

« Elle s'exerce simplement à l'aide du soufflet ordinaire, ou au moyen de ventilateurs spéciaux.

« Cette méthode thérapeutique est applicable au traitement des plaies non réunies récentes ou anciennes, d'une étendue petite ou moyenne. On peut l'appliquer aussi au traitement des ulcères simples, de la brûlure, etc. Son action peut être auxiliaire d'un traitement général, être précédée de celui-ci ou se combiner avec d'autres précautions.

« Elle offre plusieurs avantages indirects, notamment l'économie de la charpie et du linge à pansements. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Adénites *cervicales chroniques traitées avec succès par l'électricité.* Nos lecteurs connaissent les diverses tentatives qui ont été faites depuis quelques années pour le traitement des adénites cervicales chroniques au moyen du galvanisme, et l'on sait les louables efforts qu'ont faits plusieurs praticiens, notamment M. le docteur Boulu, pour faciliter l'application de ce mode de traitement et pour en propager l'usage. Néanmoins, les preuves de l'efficacité de ce moyen ne lui ayant pas paru ressortir pleines et entières des faits publiés jusqu'alors, M. le docteur Philipeaux, de Lyon, s'est proposé de le soumettre à une nouvelle expérimentation. Pour mieux s'assurer

de son effet, il l'a appliqué non point pour des glandes vierges de traitement, mais dans des cas où les ressources de la thérapeutique ordinaire avaient déjà échoué.

Voici l'énoncé de ses expériences et de leurs résultats :

Premier cas. — Adénite cervicale de la grosseur d'une noix, datant de deux ans, siégeant dans la région sous-maxillaire gauche, chez une jeune fille de dix-sept ans. Diverses médications locales usitées en pareil cas et une médication générale par l'huile de foie de morue ayant été employées sans résultats, le traitement par l'électricité fut arrêté; mais cette tumeur étant très-dure, l'électricité dut y être introduite à l'aide d'aiguilles. On répéta une séance tous les deux jours durant cinq minutes. Dès le début de ce traitement, la tumeur devint douloureuse et chaude ; au bout de quelques jours elle sembla augmenter un peu de volume ; puis elle diminua peu à peu, et au bout de deux mois de traitement, elle se trouva réduite à la moitié de son volume primitif.

Deuxième cas. — Adénites cervicales siégeant au-dessus de la mâchoire, du côté droit, du volume d'une grosse noisette, datant de la première enfance, chez une petite fille de douze ans. Un traitement dépuratif, l'emploi de résolutifs locaux et le séjour à la campagne, avaient amélioré l'état général de cette enfant, mais sans modifier l'état de ses glandes. On se servit, pour faire pénétrer l'électricité, des instruments de M. Boulu (disques métalliques à la surface garnie de pointes mousses). Ce traitement, beaucoup moins douloureux que le précédent, fut continué sans interruption pendant quatre mois, tous les jours, et durant cinq minutes par séance. Les tumeurs diminuèrent peu à peu, et à la fin du traitement elles étaient réduites au volume d'un gros pois.

Troisième cas. — Adénite cervicale située au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, du volume d'un œuf, et datant de douze années, chez une jeune fille de dix-sept ans. Insuccès continuels de tous les traitements locaux et généraux employés en pareille occurrence (préparations iodées, huile de foie de morue, sulfureux, amers, dépuratifs, etc.). Sous l'influence de l'électricité combinée avec la compression (à l'aide de deux demi-disques à surface garnie de pointes mousses), administrée tous les jours durant environ huit à dix minutes, au bout de deux mois la tumeur avait déjà sensiblement diminué ; elle était devenue moins dure et un peu douloureuse à la pression. En quinze mois la disparition était complète.

La question de la résolution des adénites par l'électrisation, dont on vient de voir des exemples dignes d'attention, nous paraît avoir été éclairée d'une assez vive lumière par la publication des intéressantes recherches physiologiques de M. le professeur Cl. Bernard sur les deux ordres de nerfs qui animent les glandes. En montrant, en effet, que les glandes possèdent une circulation propre et pour ainsi dire indépendante de la circulation générale, les recherches de cet habile expérimentateur ont donné la clef du mode d'action de l'électricité localisée, et elles ont en quelque sorte légitimé, en la rationnalisant, l'indication de cette méthode, dont l'emploi ne reposait jusqu'ici que sur des données purement empiriques. (*Gazette méd. de Lyon*, août.)

Angine couenneuse (*Bons effets du suc de citron et du suc d'ail dans l'*). La thérapeutique de l'angine couenneuse est encore trop peu avancée, et les résultats qu'elle donne dans cette maladie sont trop peu avantageux pour qu'on ait le droit de dédaigner un traitement quelconque, surtout lorsqu'il se présente sous le couvert d'un nom aussi honorable que celui de M. Cazin, et qu'il ne comprend par le fait aucune substance d'un emploi dangereux ou désagréable. C'est d'un mélange de parties égales de suc de citron et de suc d'ail que M. Cazin a fait usage dans l'épidémie qui a régné à Boulogne-sur-Mer en 1855 et 1856. Imbibant un pinceau de charpie de ce mélange, il le porte d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, sur les parties affectées, suivant l'intensité des symptômes, l'épaisseur et l'étendue de la production diphthéritique. En même temps, il donne à l'intérieur de deux en deux heures, une cuillerée à bouche de la mixture suivante :

Suc de citron..........	30 grammes.
Bulbe d'ail............	20 grammes.
Eau distillée d'hysope.	150 grammes.
Sirop de gomme......	30 grammes.

Triturez l'ail avec le suc de citron, en ajoutant peu à peu l'eau d'hysope ; passez et ajoutez le sirop de gomme.

Ces moyens ont suffi le plus ordinairement à M. Cazin pour limiter

promptement l'affection locale. L'action fébrifuge et antiseptique de la mixture citro-alliacée était évidente. Le pouls, de faible, petit, fréquent qu'il était, dès le début de la maladie ou après une réaction initiale insidieuse, devenait ample, grand, souple, développé; les forces se relevaient, une transpiration douce s'établissait, et la guérison avait lieu du cinquième au quatorzième jour. Pendant tout le cours de la maladie, on faisait usage de bouillon de bœuf, de gruau, d'eau vineuse sucrée, quelquefois de vin pur et, dans certains cas où il y avait un assoupissement non fébrile, de quelques tasses de café; on tenait le ventre libre au moyen de petites doses journalières d'huile de ricin, de lavements laxatifs, de calomel à dose purgative. Sur douze cas très-graves, M. Cazin n'a perdu qu'un seul malade, une petite fille de six ans, tandis que presque tous les cas traités seulement par les caustiques ont été suivis de mort.

Cancroïde (*Nouveau cas de*) *guéri par l'emploi topique du chlorate de potasse*. Le résultat des expériences de M. Milon, que nous avons rapportées au bulletin des hôpitaux de l'une de nos dernières livraisons (p. 227), nous engage à signaler le fait suivant que publie M. W. Cooke, chirurgien du *Free hospital royal* de Londres. — Un homme de quarante-six ans était affecté depuis cinq ans d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure, du côté gauche de la face et de la moitié gauche de la lèvre supérieure. Il avait subi une excision, mais sans autre résultat qu'une guérison temporaire. Grâce à l'emploi d'une solution de chlorate de potasse, son ulcère s'est converti peu à peu en une plaie rouge, couverte de bourgeons de bonne nature, avec une disposition marquée des bords à subir le travail de cicatrisation. La tendance aux hémorrhagies, qui était très-prononcée, a maintenant cessé entièrement. Quoique moins complet que le fait de M. Milon, puisque la guérison était achevée et que le diagnostic avait été porté par MM. Richet et Velpeau, l'observation de M. Cooke méritait d'être enregistrée, afin d'engager les praticiens à poursuivre les expérimentations cliniques. Voici la formule de lotion adoptée par le chirurgien anglais :

Eau...............	600	grammes.
Chlorate de potasse....	15	grammes.
Acide chlorhydrique...	10	gouttes.
Teinture d'opium........	8	grammes.

La solution recommandée par M. Milon est plus chargée de sel potassique. *The Lancet*, juin.)

Chloroforme (*Statistique d'amputations faites avec l'aide du*). Nous avons publié dans le temps les résultats statistiques des opérations pratiquées à l'aide du chloroforme qui ont été recueillies par M. le professeur Simpson d'Edimbourg (V. ann. 1853). On se rappelle qu'il résultait de ce relevé statistique que le chiffre de la mortalité était notablement abaissé pour les amputations en général, depuis l'introduction des anesthésiques dans la pratique. Ces résultats ayant été contestés alors par quelques chirurgiens, nous avons à cette époque engagé nos confrères à tenir compte des faits ultérieurs, afin que cette question pût être un jour définitivement jugée, bien décidé d'ailleurs à faire connaître tous les faits, qu'ils fussent favorables ou contraires à la première impression qu'avait produite sur notre esprit la statistique de M. Simpson. Fidèle à notre engagement, nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les résultats qui viennent d'être constatés par M. Arnott et que ce médecin invoque à l'appui d'une opinion toute différente et qu'il formule en ces termes : « Le chloroforme est un agent déprimant et débilitant, prédisposant, par conséquent, à la pyohémie et aux autres affections graves qui suivent parfois les grandes opérations. » Quoi qu'il en soit, voici ces faits.

Avant le chloroforme, dit M. Arnott, 590 amputations ont donné 135 morts : 22 pour 100.

Après le chloroforme, 389 amputations ont donné 117 morts : 30 pour 100.

Ces opérations, pratiquées sur des cuisses, des jambes et des bras, dans quatre hôpitaux de Londres et quatorze hôpitaux de province, ont été exécutées par des praticiens éminents tels que MM. Simpson, Ghie (de Glascow), Fenwiez (d'Oxford). L'augmentation étant de 8 pour 100, M. Arnott est fort étonné qu'on ne s'inquiète pas davantage d'une différence aussi considérable. Il pense que ces funestes conséquences seraient moins fréquentes si l'on choisissait soigneusement les cas d'application, si l'on donnait une dose moindre de l'anesthésique, et surtout si l'on n'employait pas ces appareils à inhalation qui voilent la figure du patient, et empêchent de re-

connaître les signes avant-coureurs de la mort.

Les différences si frappantes entre les résultats constatés par M. Simpson et ceux que M. Arnott vient de faire connaître tiendraient-ils à une différence dans la manière de procéder à l'administration de l'agent anésthésique en Angleterre? Les réflexions dont M. Arnott a fait suivre les résultats consignés dans son travail porteraient à le croire; et dans ce cas il y aurait lieu de prendre en considération les conseils qui terminent son mémoire. Nous doutons qu'un semblable travail entrepris en France fournit des résultats identiques, et il serait intéressant de rechercher si, dans les hôpitaux de Paris, la mortalité à la suite des amputations a augmenté depuis l'introduction de la méthode anésthésique. Comme les procédés n'ont pas varié, on aurait ainsi la preuve du degré d'importance à accorder aux préceptes formulés par notre confrère anglais. (*Gazette méd.*, août.)

Colchique. *Son emploi dans la goutte et son action sur la sécrétion urinaire.* L'emploi des préparations de colchique dans le traitement de la goutte n'a reposé jusqu'ici, et ne repose encore en ce moment que sur des données purement empiriques. Les recherches récentes auxquelles se sont livrés quelques pathologistes sur la constitution chimique des urines, aux diverses époques et dans les différentes formes de l'affection goutteuse, ont naturellement suscité l'idée de rechercher si le colchique modifie la constitution de ce liquide, dans quel sens il la modifie, et s'il serait possible de trouver dans cette modification l'explication de l'action thérapeutique de cet agent et des indications utiles pour diriger le praticien dans son emploi. Bien que ces recherches n'aient pas amené les résultats qu'on en avait espérés, sous ce rapport, il ne nous en a pas moins paru utile de les faire connaître.

Dans une communication faite en juin dernier à la Société royale de Londres, M. Garrod a fait connaître les faits suivants :

Chez les sujets atteints de goutte aiguë et dont la santé n'éprouve pas de dérangement notable dans l'intervalle des accès, dans les premiers temps de l'accès l'urine est en général peu abondante, en même temps l'acide urique qu'elle contient est au-dessous du taux normal. Au déclin de l'accès, au contraire, on observe un excès d'acide urique; puis la quantité de cet acide diminue de nouveau. Mais à aucune époque elle n'est plus faible qu'au moment qui précède immédiatement un accès. Quant à l'urée, elle est excrétée en quantité à peu près normale aux diverses périodes de l'affection. Il semblerait donc que, dans la goutte aiguë, les reins ont en partie perdu la propriété d'excréter l'acide urique; il en résulte que cette substance s'accumule dans le sang, et l'on peut expliquer ainsi jusqu'à un certain point le retour périodique des accès goutteux.

Dans la goutte chronique, l'urine est habituellement pâle et abondante; elle est d'une faible densité. L'urée y existe dans les limites de l'état normal, excepté dans des cas très-intenses. L'acide urique y est généralement en quantité très-faible. Enfin, il est rare que l'urine des sujets atteints de goutte chronique présente des sédiments.

Dans une seconde série de recherches, M. Garrod a cherché à déterminer l'influence exercée par les préparations de colchique sur la sécrétion urinaire. Voici les résultats qu'il a constatés :

1° Il n'est pas prouvé que les préparations de colchique agissent en déterminant une excrétion exagérée d'acide urique; il semble même, le plus souvent, que c'est le contraire qui a lieu.

2° Le colchique n'agit pas toujours comme diurétique, il diminue même souvent la sécrétion rénale, principalement quand il exerce une action marquée sur les voies digestives.

3° Le colchique n'a pas d'influence marquée sur la sécrétion de l'urée. (*The Lancet* et *Gazette hebd.*, 1858.)

Croup (*Tubage du larynx; nouvelle méthode de traitement du*). La fréquence des cas de croup, qui semblent se multiplier depuis quelque temps sous nos yeux, leur gravité excessive, l'insuccès presque constant des efforts les mieux combinés de la thérapeutique, enfin les dangers si nombreux de la trachéotomie, cette *ultima ratio* de la médecine aux abois, voilà autant de considérations qui doivent nous faire accueillir avec faveur toutes les tentatives qui ont pour objet et qui peuvent avoir pour résultat d'accroître nos ressources et de diminuer la mortalité de cette terrible

affection. Nous avons fait connaître récemment l'ingénieux procédé de cathétérisme du larynx, à l'aide duquel M. Loiseau débarrasse cet organe des fausses membranes qui l'obstruent et porte jusque sur la trachée et les bronches les topiques modificateurs. M. Bouchut s'est inspiré de cette idée pour imaginer une nouvelle méthode, qu'il croit plus apte encore que le cathétérisme à remplir les mêmes indications. Cette méthode, à laquelle il donne le nom de tubage du larynx, consiste à dilater le larynx par des viroles à demeure mises dans la glotte au moment de l'imminence de l'asphyxie, et de façon à éviter la trachéotomie. Voici quels sont les instruments dont il se sert pour cette opération :

1° Des sondes d'homme courbes, de diverses grosseurs, ouvertes aux deux bouts et qu'il est nécessaire de faire pénétrer dans le larynx pour servir de guide à des viroles de forme toute particulière ;

2° Des viroles d'argent cylindriques, droites, longues de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, garnies à leur extrémité supérieure de deux bourrelets placés à 6 millimètres de distance, et percées d'un trou pour le passage d'une amarre en soie destinée à les retenir au dehors ;

3° Un anneau protecteur de l'index, ou un dilatateur particulier des arcades dentaires.

Avant toute application sur le vivant, M. Bouchut a essayé ces instruments sur le cadavre, pour se convaincre de la facilité de leur usage. Il a pu, en portant le doigt sur l'épiglotte, introduire une virole dans le larynx et s'assurer qu'elle y disparaissait en entier; qu'elle avait quelque peine à en sortir une fois introduite; que le bord supérieur était au-dessous de la corde vocale supérieure dans les ventricules du larynx, et que le jeu de l'épiglotte et des cartilages n'était pas empêché ; enfin, que la corde vocale inférieure prenait place entre les deux bourrelets de la canule, par conséquent audessus du bourrelet inférieur correspondant à la face interne du cartilage cricoïde.

Ces expériences sur le cadavre ne pouvaient résoudre évidemment qu'une partie de la question ; elles suffisaient seulement pour autoriser l'expérience sur le vivant; l'occasion ne tarda pas à l'offrir.

Le lendemain, une petite fille, atteinte de diphthérite et de croup à la période d'asphyxie, étant entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bouchut lui tuba le larynx par la bouche avec les instruments dont il vient d'être question. La canule est restée en place dans la glotte durant trente-six heures, sans amener de la suffocation ni gêner les fonctions de l'épiglotte, et les phénomènes d'asphyxie, tels que la cyanose, la suffocation et l'anesthésie ont cessé pour faire place à une respiration plus facile, à une sensibilité normale et à une teinte rosée naturelle de la peau. Le larynx a pu être ainsi désobstrué de ses fausses membranes. Malheureusement la diphthérite existait aussi dans le nez, aux oreilles et sur la surface d'un vésicatoire du bras. L'empoisonnement diphthéritique augmenta rapidement, et l'enfant finit par succomber. La lésion locale était guérie et l'application de la canule avait produit ce qu'on pouvait attendre d'un instrument de cette nature. Il avait empêché l'asphyxie.

Dans un second cas, chez un garçon de trois ans et demi, atteint de la même affection, avec commencement d'asphyxie, la voix étant râpeuse, sifflante, sèche, la toux faible et rauque, la voix complétement éteinte, le visage animé, rouge, congestionné, la sensibilité encore assez grande, l'agitation excessive, mais sans accès de suffocation, M. Bouchut procéda au tubage du larynx et mit très-aisément la virole dans la glotte, à la seconde tentative, en moins de deux ou trois minutes. Il n'y eut pas d'accès de suffocation, et l'enfant put parler d'une voix plus forte qu'avant le tubage ; il put boire sans que les liquides tombassent dans les voies aériennes. De fausses membranes tubulées, d'un large diamètre, provenant de la trachée et des bronches, purent sortir à travers le tube mis dans la glotte, sans que les efforts de toux déplaçassent l'instrument, qui resta quarante heures en place sans s'obstruer. L'asphyxie fut retardée de deux jours. Au bout de ce temps, les accès de suffocation reparurent (il y avait des fausses membranes dans les bronches). La trachéotomie dut être pratiquée. On put constater alors que la canule, non obstruée, était à sa place dans la glotte, maintenue sur la corde vocale inférieure.

On comprend que ces deux faits ne suffisent pas pour juger la méthode; mais ils établissent en sa faveur : 1° la facilité de l'opération ; 2° la tolérance du larynx pour la virole ; 3° la possibilité de remédier par ce moyen à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx qui réclament ordinairement

la trachéotomie. (*Compte rendu des séances de l'Acad. de médecine et de l'Acad. des sciences*, septembre 1858.)

Fébrifuges *indigènes* (*Valeur et indications des*). Nous n'avons cessé et nous ne cesserons jamais d'élever la voix en faveur des fébrifuges indigènes. Il nous semble, en effet, souverainement injuste d'imposer aux populations pauvres l'impôt d'un médicament qui les ruine en les guérissant, alors qu'on a sous la main et presque pour rien des médicaments d'un effet à peu près certain. Sans doute, cela ne s'applique pas aux fièvres pernicieuses, pour lesquelles il n'y a pas à balancer, et qui réclament impérieusement l'action prompte et sûre de l'antipériodique par excellence. Mais pour les autres, nous croyons que les médecins ont le plus grand tort de ne pas recourir aux fébrifuges indigènes. C'est ce qui nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs un passage dans lequel M. Cazin a présenté un aperçu de la médication fébrifuge qu'il a adoptée dans sa pratique.

Dans les fièvres intermittentes ordinaires, dit-il, les fébrifuges indigènes, administrés isolément ou combinés, suivant la diversité de leurs principes, l'état du malade, le type, l'intensité ou l'ancienneté de la maladie, m'ont le plus souvent suffi pour obtenir la guérison. Dans le premier temps de la maladie, lorsque les symptômes de première réaction sont apaisés, que le vomitif et le purgatif, souvent indiqués, ont dissipé l'embarras des premières voies, que la saignée a été pratiquée dans les cas assez rares de pléthore ou d'angioténie, j'attaque la fièvre par l'administration, à haute dose, de l'écorce de saule blanc, seule ou unie à la camomille, à l'absinthe, à la petite centaurée, à la chausse-trappe, au trèfle d'eau, au marrube blanc, ou par le mélange d'écorce de chêne, d'aune, avec la gentiane ou les plantes amères dont il vient d'être parlé. Ces moyens simples font disparaître en quelques jours les fièvres tierces vernales, les quotidiennes ou doubles tierces automnales primitives; mais la médication n'en doit pas moins être continuée pendant huit ou dix jours, et je fais prendre ensuite une forte dose du médicament, chaque semaine, pendant un mois et même plus longtemps, quand l'état du malade fait craindre une rechute. Cette dernière précaution est de rigueur dans les lieux marécageux, où la cause, étant permanente, tend toujours à reproduire la maladie, indépendamment de la disposition bien connue des fièvres intermittentes à ces retours chez les sujets qui en ont été une fois atteints. Dans les vallées simplement humides, mais non palustres, les fièvres tierces vernales se dissipent très-souvent d'elles-mêmes, après l'administration d'un vomitif. Lorsqu'elles persistent, il ne faut pas attendre qu'elles se jugent d'elles-mêmes, mais il ne faut pas non plus brusquer la suppression des accès par de fortes doses de fébrifuges : j'ai rarement vu alors la rate s'engorger et la santé rester chancelante, ce qui arrivait quelquefois par l'administration trop prompte des amers et des astringents.

Mort apparente *dans le cours d'un accès de fièvre intermittente pernicieuse, avec suspension des battements du cœur ; rétablissement après quatre heures de soins persévérants.* Nous n'avons cessé de nous prononcer contre cette prétention que M. Bouchut a élevée dans ces derniers temps, de donner la suspension des bruits du cœur comme signe d'une mort certaine. Il nous a semblé que c'était là un signe d'une appréciation assez difficile dans certains cas ; mais, pardessus tout, nous n'avons cessé de penser qu'il pouvait y avoir des cas dans lesquels les battements du cœur devenaient assez faibles pour ne pas produire de bruit et dans lesquels cependant la mort n'était pas certaine. Aux faits concluants que nous avons rapportés à l'appui de notre opinion, faits dans lesquels des personnes chez lesquelles le cœur ne faisait plus entendre de bruits depuis longtemps sont cependant revenues à la vie, nous ajouterons le suivant, qui nous montre la mort apparente dans une maladie où il était facile d'en soupçonner la possibilité, dans un accès de fièvre intermittente pernicieuse.

Au plus fort de l'épidémie de fièvres intermittentes de toute nature qui régnaient dans la ville de Mons en 1822, M. le docteur François fut appelé auprès d'une dame Lemoine, âgée de quarante ans, atteinte d'un premier accès de fièvre, mais peu prononcé et sans caractère particulier, qui se dissipa promptement. Deux jours après, on vient le chercher en toute hâte, en disant que la malade était mourante, peut-être morte. Elle avait été prise d'un nouvel accès deux

heures plus tôt que l'avant-veille, avait eu quelques frissons, quelques bâillements, et avait perdu connaissance presque sur-le-champ. A son arrivée, M. François trouva cette dame sans pouls, quelle que fût l'artère explorée; les yeux étaient fermés, les pupilles immobiles, lorsqu'on écartait les paupières et qu'on apportait de la lumière; la figure, les lèvres et toute la surface du corps étaient pâles, la peau froide et sèche, la respiration suspendue : du moins une glace approchée de la bouche ne fut pas ternie, la flamme d'une bougie ne fut pas agitée; l'oreille appliquée sur la région du cœur ne put faire saisir le moindre mouvement, le moindre bruit. L'alcali volatil placé sous le nez ou employé en frictions, les sinapismes les plus énergiques, l'ail pilé, l'application d'une large plaque de fer, vulgairement nommée pelle à feu, chauffée au rouge cerise, sur la partie interne des deux jambes, rien n'y fit. Déjà on parlait d'ensevelir le cadavre : un soupçon secret portait M. François à penser que la vie n'était que suspendue et non irrévocablement anéantie, et que par conséquent il ne fallait pas tout à fait désespérer. Frictions générales avec du vin chaud, mêlé de teinture alcoolique de quinquina et de valériane, injections dans le rectum des mêmes teintures étendues d'eau acidulée, tenant du sulfate de quinine en solution. Pas plus de succès. Enfin, après quatre heures, M. François découvrit sur le front de la patiente quelques gouttes de rosée : nouveaux sinapismes sur les membres; enveloppement dans des couvertures très-chaudes. Bientôt on put saisir quelques légers bruits du cœur, de légers mouvements soulevèrent la poitrine, le pouls se fit sentir, les yeux s'ouvrirent et, à mesure que la connaissance ou même la vie revenait, on voyait s'établir une douce transpiration, qui se prolongea plusieurs heures, mais dont on attendit à peine la fin pour administrer le quinquina par toutes les voies. Il y eut encore un accès effrayant le surlendemain; mais ce fut le dernier, et dès lors la guérison fut assurée. La dame, sujet de cette observation, est morte il y a deux ans à peine... *Et nunc erudimini*. Un médecin ne doit pas, dans les cas de mort rapide ou subite, abandonner ses malades tant qu'il peut lui rester une espérance de les rappeler à la vie, et il n'y a aucun signe, pas plus la cessation des bruits du cœur que tout autre, qui puisse le mettre à l'abri des reproches de sa conscience lorsqu'il manque à son devoir, en ne tentant pas ce qui est humainement possible pour ranimer une existence qui s'éteint. (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique.*)

Paralysie *syphilitique du nerf oculo-moteur commun*. La paralysie de la troisième paire peut exister comme manifestation de la syphilis, et comme manifestation unique; d'où la nécessité, lorsqu'un cas de paralysie de la troisième paire se présente, de s'informer des antécédents et de rechercher si elle n'a pas été précédée d'accidents primitifs et secondaires, et s'il ne reste pas sur le corps des traces de ces accidents; auquel cas l'indication thérapeutique se déduit tout naturellement. Voici deux exemples dans lesquels le succès du traitement a démontré, une fois de plus, l'exactitude de cette double proposition.

Obs. I. Un homme de trente ans a eu en 1850 trois chancres qui ont duré trois mois et dont il n'a guéri qu'après un traitement de six semaines à l'hôpital (bains, lotions et pilules de proto-iodure de mercure). Quinze jours ou trois semaines après sa sortie de l'hôpital, des taches nombreuses, sans démangeaisons, apparaissent sur le corps, et les cheveux tombent en abondance. — Nouveau traitement. Quelques années après, en septembre 1857, après plusieurs jours de céphalalgie continue, il s'aperçoit un matin, en s'éveillant, qu'il ne peut pas ouvrir l'œil droit. Lorsqu'il relevait d'une main sa paupière abaissée et que, de l'autre, il se couvrait l'œil gauche pour chercher s'il pourrait se conduire avec son œil malade, il était pris immédiatement d'étourdissements et était chaque fois sur le point de tomber.

Le 8 octobre il entre à la Riboisière, présentant les phénomènes suivants : l'œil gauche est sain, la vue est nette; du côté droit, la paupière supérieure est tombée jusqu'à la rencontre de l'inférieure, et recouvre totalement le globe de l'œil. Si l'on demande au malade de faire des efforts pour tenter de la relever, on le voit contracter les muscles de la face et du front sans y arriver, et l'on peut constater que le muscle releveur de la paupière supérieure est seul paralysé. Si on relève ensuite cette paupière avec le doigt, on trouve l'œil dévié en dehors et en haut; la pupille est dilatée et non contractile. La vue avec cet œil seul est très-affaiblie, et l'impression de la lumière pénible.

On diagnostique une paralysie syphilitique de la troisième paire. Traitement : proto-iodure de mercure, 5 centigrammes par jour.

Le 15 octobre, après sept jours de traitement, il peut relever un peu la paupière, l'œil se rapproche aussi un peu de la ligne médiane.

Le 23, après quinze jours, la paupière s'est élevée du tiers de la hauteur; la pupille est toujours aussi large et n'est pas encore contractile; la vue s'est améliorée.

Le 1er novembre, l'œil sain étant couvert, la paupière s'élève assez pour mettre toute la cornée à découvert, l'œil se porte facilement dans toutes les directions, la vue est bonne.

Le 15, après cinq semaines de traitement, il sort complétement guéri.

Obs. II. Une femme de cinquante-trois ans, ayant eu des antécédents syphilitiques, s'aperçut, après plusieurs nuits passées sans dormir, qu'elle voyait double et qu'elle ne pouvait que très-peu ouvrir l'œil droit. Quelques instants après, la chute devint complète. Entrée à l'hôpital Necker le 14 janvier, on constate une chute complète de la paupière, avec déviation du globe oculaire en dehors et en haut, et impossibilité de le mouvoir en dedans, en haut et en bas; la vue est conservée mais affaiblie; il y a diplopie quand la malade regarde avec les deux yeux. On trouve, en outre, sur le corps, des traces de syphilis ancienne, mais point d'accidents tertiaires. La malade est mise au proto-iodure de mercure.

Après quatre jours de traitement, on peut déjà constater de l'amélioration. La guérison est complète après trente-trois jours de traitement.

Ici le traitement ne démontre pas seulement l'origine syphilitique de la maladie, il révèle encore jusqu'à un certain point la nature de la lésion et lui assigne du moins sa place dans l'ordre de classification et de succession des accidents syphilitiques. Le fait seul de la guérison de cette paralysie par l'usage du proto-iodure de mercure montre en effet que l'on n'a point affaire à une exostose, mais à un accident de la période secondaire, tout au plus un accident tardif de cette période. (*Monit. des hôpit.*, septembre.)

Tamponnement *du vagin et pessaires médicamenteux* (*Nouvelle méthode de*). Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les services que rend le tamponnement bien fait dans les métrorrhagies ; mais, toute simple qu'elle paraît, cette petite opération réclame en réalité beaucoup de soin, et son effet manque bien souvent, faute d'avoir été faite méthodiquement. Tout procédé qui tend à en faciliter et à en assurer l'exécution mérite donc d'être signalé. En voici un qui vient d'être proposé tout récemment par M. le docteur Montanier et qui est déjà un petit perfectionnement sur les méthodes usuelles, mais un perfectionnement insuffisant, comme on va le voir tout à l'heure.

On sait que M. Gariel a cherché à substituer et a substitué avec avantage les pessaires à réservoir d'air aux moyens ordinaires de tamponnement. Ils sont en effet plus commodes, mais ils ont quelques inconvénients, entre autres, celui de glisser dès que le caoutchouc est lubrifié par les liquides du vagin, et de ne point obturer d'une manière complète. M. Montanier a eu l'idée de faire disparaître ces inconvénients en recouvrant le pessaire Gariel d'une lame d'éponge fine. Mais comme il n'est pas possible d'adapter une couche d'éponge au caoutchouc, il a imaginé le moyen suivant : il fait tailler sur le modèle de la boule à air une sorte de chemise ou de bonnet en toile de la grandeur de la boule; une coulisse permet de serrer cette chemise autour du tube qui termine la boule, et l'empêche ainsi de se détacher. C'est sur cette chemise qu'il fait coudre une lame d'éponge fine de 4 à 6 centimètres d'épaisseur. Cette légère modification remédie en effet aux inconvénients signalés du pessaire à air simple, et elle permet en outre de l'imbiber à volonté de solutions ou de poudres médicamenteuses comme avec un tampon ordinaire. Nous n'avons pas besoin d'indiquer la manière dont on introduit et dont on retire le pessaire ainsi modifié. Cela se comprend facilement.

Sans vouloir revendiquer la priorité de cette heureuse modification sur notre honorable confrère, nous devons rappeler cependant, pour la vérité, que nous avons eu déjà recours à un semblable moyen depuis plusieurs années. Seulement l'expérience nous a fait adopter, pour envelopper le pessaire, l'agaric de préférence à la lame d'éponge dont se sert M. Montanier, celle-ci ayant l'inconvénient, que n'a point l'agaric, de s'imprégner des mucosités vaginales et de contracter rapidement une mauvaise odeur. Nous faisons faire à cet effet des sacs en

soie, ce tissu résistant plus que la toile et le coton à cette imprégnation. Ce qui nous a conduit à cette pratique, c'est l'essai que nous avions fait des pessaires médicamenteux préconisés par Simpson. La difficulté de les faire préparer par les pharmaciens nous a suggéré l'idée d'expérimenter les enveloppes en agaric recouvertes d'une couche d'un glycérolé médicamenteux très-chargé en substance active. Lorsqu'on gonfle le ballon ainsi préparé et introduit dans le vagin, le liquide médicamenteux dont l'enveloppe est imprégnée est exprimé et déposé ainsi directement sur toutes les parties du col et du vagin avec lesquelles le pessaire est en contact.

Nous reviendrons du reste sur ce sujet avec tous les détails qu'il comporte. (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1858.)

VARIÉTÉS.

De la merise et de l'emploi de son principe colorant.

PAR M. STAN. MARTIN.

Le sirop de cerises est non-seulement un médicament, mais encore un sirop d'agrément, qu'on offre dans les soirées comme boisson rafraîchissante; aussi, tient-on à l'avoir d'une belle couleur; mais, comme le fruit du *cerasus sativa* ne contient que peu de principe colorant, on ajoute à ce sirop quelques fruits du merisier, qui, lui, est très-riche en couleur, comme on le voit dans cette phrase de Pline : *Cerasus major sylvestris, fructus subdulcis, nigro colore inficiente.*

Le merisier ne pousse pas également bien dans toutes les contrées de la France, et là où il végète il arrive que, dans certaines années, le fruit manque; alors, les pharmaciens sont forcés, pour colorer leur sirop de cerises et quelquefois celui de groseilles, d'employer des conserves, c'est-à-dire du suc de merise conservé dans des bouteilles en verre, d'après le procédé d'Appert, ce qui est toujours un peu plus dispendieux, tandis que, dans le commerce, les épiciers, les distillateurs, et beaucoup de confiseurs colorent leurs sirops de cerises avec la teinture de cochenille, ou avec quelques-uns de ses composés : véritable falsification contraire aux lois de l'hygiène.

Rollin, dans son *Histoire du Bas-Empire*, nous apprend que lorsque les soldats de Jules César occupaient les Gaules, ils y fabriquaient, avec le fruit d'un arbre qui est probablement le merisier, un vin doux à boire, et fort chargé en couleur. De nos jours, le merisier est très-commun dans nos départements de l'Est et en Suisse; avec le fruit, on fait une liqueur fermentée qui, par la distillation, donne cet alcoolat de table qu'on nomme *kirschwasser*.

Lavoisier a dit quelque part que la chimie était appelée à rendre beaucoup de services à l'industrie, en indiquant les moyens d'utiliser des produits qu'on rejette comme inutiles. La prédiction de l'immortel chimiste se réalise chaque jour, car on peut faire une nouvelle application de cette pensée, si l'on consent à employer les résidus de la merise dont on a enlevé, par la fermentation, tout le principe sucré. Les expériences que nous avons tentées à ce sujet nous font espérer qu'elles seront accueillies favorablement.

Nous avons opéré de la manière suivante.

On monde les merises de leurs queues; on les écrase sans briser les noyaux; on les abandonne dans un lieu frais, jusqu'à ce que la fermentation soit terminée; on distille pour en retirer tout l'alcool, et on passe la décoction avec

forte expression au travers d'un linge ou d'un tamis, puis on filtre au papier, si besoin est, et on évapore au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait sec.

Cet extrait est presque entièrement soluble dans l'eau et l'alcool ; sa solution dans ces liquides est rouge purpurin. Son prix de fabrication est nul, puisqu'on peut faire évaporer cet extrait dans des capsules qui seraient adaptées aux alambics qui servent à la distillation du kirsch-wasser.

L'extrait obtenu du suc de merise se conserve parfaitement dans un lieu sec ; il suffit d'en dissoudre une proportion voulue dans de l'eau, du jus de cerises ou de groseilles, pour avoir une teinture qui n'a pas de saveur ou qui a celle du dissolvant. Loin de nous la pensée de vouloir approuver les fraudes qui se pratiquent sur les vins, car nous les combattons toutes les fois que l'occasion se présente ; mais, en acceptant cet adage qu'entre deux maux qu'on ne peut éviter il faut se résoudre à supporter le moins mauvais, ne serait-il pas préférable de voir employer l'extrait obtenu du suc de la merise pour colorer les vins, que de leur voir ajouter le suc des baies de nerprun, de sureau, d'hièble ou du bois de Campêche, dont les effets sont si fâcheux pour la santé de ceux qui font usage de semblables boissons ? Plus d'un œnophile sera, nous n'en doutons pas, de notre avis.

De l'emploi de l'électricité comme moyen d'extraire les dents sans douleur.

Les dangers des inhalations du chloroforme appliquées à l'extraction des dents ont porté les expérimentateurs à rechercher de préférence les procédés d'anesthésie locale ; à l'usage des réfrigérants et de la compression nerveuse que nous avons récemment signalés, nous venons ajouter un nouveau procédé, dû à un dentiste américain, M. J.-B. Francis.

L'extrait suivant du rapport du sous-comité des sciences et des arts de l'Institut de Pensylvanie suffit pour donner une idée du procédé nouveau.

« Le forceps étant mis en rapport par un conducteur flexible avec un des pôles (préférablement le pôle négatif) d'une machine électro-magnétique ordinaire, pendant que le patient tient à la main la poignée en métal de l'autre réophore, et le forceps étant posé sur la dent à extraire, un courant électrique continu traverse à la fois l'instrument et le corps du patient. Mais il faut avoir soin de régler avant l'opération l'intensité du courant. A cet effet, on fait tenir au patient d'une main le forceps, de l'autre la poignée métallique, et on fait avancer l'échelle graduée que porte la machine jusqu'à ce qu'il ait une perception distincte du courant. Ce degré est suffisant pour obtenir l'effet désiré, et l'on ne doit pas se servir d'un courant plus fort. On ne doit même le faire passer au travers de la dent qu'au moment de l'extraction.

« Voici les expériences et les témoignages sur lesquels se fonde le rapport du Comité : 1° 164 dents ont été extraites en présence du Comité ; 2° indépendamment de ces expériences, d'autres ont été faites par quelques-uns de ses membres. L'un de ces messieurs, dans un mois, a arraché environ 400 ou 500 dents au moyen de cet appareil.

« Le Comité se déclare très-satisfait des expériences qui ont été faites ; dans la majorité des cas, en effet, l'extraction sous l'influence électrique n'a pas causé la moindre douleur.

« Afin de s'assurer que l'imagination n'y était pour rien, on a une fois interrompu le courant à l'insu de l'opéré, qui a éprouvé la douleur habituelle ; ce fait est remarquable parce que dans la même séance plusieurs dents avaient été extraites au même sujet, sans qu'il se fût plaint, et cela en établissant le courant électrique.

« Dans des cas moins heureux, où il s'agissait d'extraire des dents malades et cassées au niveau des gencives, une violente douleur fut ressentie au moment de l'application des mors de l'instrument, avant même qu'on eût établi le courant et qu'on eût procédé à l'extraction. Mais la sensation produite par le courant électrique n'est nullement douloureuse, si l'on a eu soin de le graduer de

manière qu'il soit tout juste perceptible. Le Comité pense que ce moyen n'offre pas le moindre danger, et qu'il est du reste d'une extrême commodité.

« L'appareil est à bas prix; on peut se servir de tous ceux usités généralement, pourvu qu'on puisse varier l'intensité du courant. Il n'y a gêne ou ennui ni pour l'opérateur ni pour l'opéré.

« Ne fût-ce donc que sous ce rapport, il vaudrait mieux se servir de ce moyen que de l'anésthésie locale provoquée par l'application de mélanges réfrigérants qui réussissent quelquefois, échouent souvent. Quant aux anésthésiques généraux, leur emploi est non-seulement ennuyeux, gênant, mais encore plein de dangers.

« Le Comité pense que l'honneur, non-seulement de cette invention, mais de l'idée mère de celle-ci, revient de droit à M. le docteur Francis. Il est vrai qu'on avait déjà employé le cautère électrique, qu'on avait fait passer un courant à travers un fil de platine pour cautériser les ulcères de la gorge et détruire les nerfs des dents. Mais quel parallèle établirait-on entre ces deux faits si différents sous tous les rapports ?

« Le traitement des névralgies au moyen de l'électricité offre peut-être plus d'analogie avec cette méthode nouvelle d'anésthésie, mais dans ce cas on se sert de l'électricité à plusieurs reprises, pendant une période de temps plus longue et dans le but d'amener ou de déterminer un changement favorable dans l'état morbide des parties, plutôt que comme d'un moyen appelé à enlever instantanément la douleur, tandis que si l'on veut que ce moyen soit efficace dans l'extraction des dents, il faut l'employer au moment même de l'opération, car si l'on y a recours quelques instants avant, l'effet est nul ou considérablement amoindri.

« Le Comité ne veut pas expliquer le fait : il se contente de le constater et de se déclarer très-satisfait des résultats obtenus. Vu l'importance de la découverte, Il propose que la médaille et le prix d'Ecosse soient adjugés à M. Francis. »

Les essais d'anésthésie locale, à l'aide de l'électricité, ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, et MM. Robert et Velpeau sont venus en rendre compte à l'Académie. Ils n'ont pas fourni des résultats identiques à ceux constatés par le Comité américain. Il n'en a pas été de même à l'hôpital des Cliniques, où le procédé a été mis en pratique par un habile dentiste de Paris, M. Preterre. Ces tentatives se poursuivent, et, dès que la lumière sera faite, nous reviendrons sur ce sujet.

Un concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. Le jury se compose de MM. Aran, Chassaignac, Alph. Guérin, Nélaton, Puche, Richet et Voillemier, *juges* ; et de MM. Boulay et Guersant, *suppléants*. Les candidats sont : MM. Bastien, Béraud, Dolbeau, Duchaussoy, Fano, Houel, Jamain, Legendre, Trélat.

M. Gavarret, professeur de physique à la Faculté, a été élu membre de l'Académie de médecine.

M. Poggiale, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de chirurgie militaires, est nommé pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

M. Darrieau, médecin de l'hôpital de Bayonne, et M. Leprestre, chirurgien en chef des hospices de Caen, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Les juges du concours pour la nomination des internes et pour les prix des élèves externes sont : MM. Matice, Piorry, Trousseau, Velpeau, Verneuil, *juges* ; et MM. Alph. Guérin et Vernois, *juges suppléants*.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des complications cérébrales et de leur traitement.

Par le professeur Forget (de Strasbourg [1]).

Les observations précédentes ont pour conclusion dogmatique l'apparente identité de nature des symptômes cérébraux, quelle que soit la maladie ou l'état diathésique sur lesquels ils sont greffés. Or, voici venir une observation qui arrive tout à point pour démontrer cliniquement cette proposition malsonnante et sentant l'hérésie.

Obs. VI. (Recueillie par M. Sengel.) *Angine gutturale, puis érysipèle de la face. — Accidents cérébraux. — Rhumatisme articulaire. — Large escarre au sacrum. — Traitements classiques. — Guérison.* — Une femme de quarante-trois ans, de forte constitution, malade depuis huit jours, entre à la clinique le 4 mai 1858. Elle raconte que sa maladie a débuté par un violent mal de gorge, auquel ont succédé, depuis trois jours, la rougeur et le gonflement de la face.

Nous constatons un érysipèle occupant le nez, les paupières et une partie des deux joues; des croûtes existent à l'orifice des narines, que nous croyons avoir été le point de départ de l'érysipèle, et des phlyctènes occupent les joues. Pouls dur et fréquent, peau chaude, soif vive, anorexie, langue sèche et fendillée. — Onctions d'axonge, limonade de citron, lavement de graine de lin ; diète.

Le 5. L'érysipèle a gagné le front et les oreilles. — *Ut suprà.*

Le 7. Le cuir chevelu est envahi, mais l'érysipèle se résout à la face. Fièvre persistante, langue toujours brûlée. — *Ut suprà.*

Le 8. Délire dans la nuit. Ce matin, intelligence nette. L'érysipèle suit son cours, abandonnant la face et occupant le cuir chevelu. Fièvre persistante. — *Ut suprà.*

Délire à sept heures du soir; dans la nuit l'agitation va jusqu'à la fureur et nécessite l'application du gilet de force. Météorisme de l'abdomen, fièvre forte. — Saignée de 360 grammes. Lavement avec huile de ricin, 30 grammes. Potion avec extrait d'opium, 10 centigrammes.

Le 9. Le délire persiste, mais plus tranquille. La malade ne répond pas aux questions. — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes. — Le soir, délire continu, mais paisible; fièvre persistante. 16 autres sangsues aux apophyses mastoïdes; elles coulent abondamment.

---

[1] Fin. — Voir la livraison du 15 octobre, p. 289.

Le 10. Le délire a cessé, la malade répond aux questions. Pâleur, pouls faible, érysipèle résolu, remplacé par des croûtes. Langue fuligineuse, constipation. — Limonade citrique, lavement huileux. — Bouillon.

Le soir, le pouls se relève, mais l'affaissement et la pâleur persistent. La malade ne répond pas aux questions; serrement des mâchoires. — Vésicatoire à la nuque.

Le 11. La somnolence persiste; pâleur, pouls vif, langue brûlée. — Raser le cuir chevelu, frictions de pommade stibiée sur la tête. — Tilleul. — Bouillon.

Le 12. Facies plus éveillé, réponses justes, fièvre moins forte, langue humectée, constipation de cinq jours. — Calomel, 1gr,50, en cinq paquets, à prendre d'heure en heure. — Trois selles.

Le 13. Etat satisfaisant. Pustulation considérable du cuir chevelu.

Le 14. La malade ne souffre plus que du cuir chevelu. — Cataplasme sur la tête; tilleul. — Trois soupes.

Le 15. La fièvre a reparu, la langue se sèche de nouveau. De vives douleurs se font sentir dans la plupart des articulations, dont quelques-unes sont gonflées. La malade affirme n'avoir jamais eu de rhumatisme précédemment. — Chiendent nitré. — Opium, 5 centigrammes.

Le 16. Même état.

Le 17. Un peu de mieux; pouls à 100, langue humide. Douleurs articulaires moins prononcées; les poignets et les mains sont gonflés. — Chiendent nitré. — Looch diacodé.

Le 18. Rhumatisme subsistant au même degré. Les ulcérations stibiées du cuir chevelu existent toujours. — Chiendent nitré; potion avec décoction d'herbe de digitale, 50 centigrammes. — Pansement avec cérat opiacé.

Le 19. Etat stationnaire. — 12 sangsues à chaque poignet; le reste *ut suprà*.

Les jours suivants l'état s'améliore, le rhumatisme disparaît assez promptement. Constipation. — Huile de ricin, 30 grammes.

Le 22. Pouls lent, irrégulier; vertiges. — On supprime la digitale. La convalescence paraît s'établir, mais l'affaissement est considérable. — Potion avec sulfate de quinine, 50 centigrammes, dans infusion de café, 100 grammes; sirop, 30 grammes.

Depuis plusieurs jours on a constaté la formation d'une large et profonde escarre au sacrum. Une énorme perte de substance se produit, les selles sont parfois involontaires. Nous craignons l'épuisement ou l'infection purulente. Cependant des soins attentifs, des

pansements méthodiques et une bonne alimentation relèvent la malade, qui reprend graduellement ses forces. La cicatrisation marche lentement et n'est pas achevée le 30 juillet. Mais la malade a recouvré toutes ses facultés et se considère comme guérie depuis longtemps.

Ainsi, maladie débutant par une angine simple. Quatre jours après, violent érysipèle de la face; au huitième jour de l'érysipèle, symptômes cérébraux s'aggravant pendant trois jours, l'érysipèle continuant régulièrement sa marche ambulante. Deux larges saignées locales, une potion opiacée et des frictions stibiées paraissent amener la cessation du délire aigu, auquel succède un état d'affaissement comme comateux et typhoïde. Cependant, on croit que la convalescence va s'établir, lorsque, quatre jours après la cessation des symptômes cérébraux, apparaît un beau rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui, lui-même, ne dure que sept ou huit jours. Enfin, après avoir échappé à tant de dangers, la malade, épuisée, est menacée de périr par une énorme escarre du sacrum. Le tout, néanmoins, se termine favorablement, sous l'influence des traitements classiques appliqués avec vigueur et variés selon l'occurrence.

Il est peu d'observations aussi intéressantes que celle-ci, surtout au point de vue des doctrines. Et d'abord, quel rapport établir entre cette angine initiale et l'érysipèle qui la suit? L'angine était-elle érysipélateuse ou l'érysipèle était-il angineux (il y a bien des scarlatines angineuses)...? L'érysipèle est manifestement la cause des accidents cérébraux, quoique ceux-ci n'aient dérangé en rien la marche de l'érysipèle. Mais d'où sort ce rhumatisme aigu généralisé, se produisant, après trois autres affections, chez un sujet épuisé? Au lieu de venir avant, il arrive après l'état cérébral : c'est le rhumatisme cérébral *retourné*. Qui nous dira si l'état cérébral tenait du rhumatisme ou de l'érysipèle? si le rhumatisme était érysipélateux, ou si l'érysipèle était rhumatismal *par anticipation*?

> Si *rapina* vient de rapine,
> Ou rapine de *rapina*?

Et puis, que penseront de ce fait les partisans de l'*unité* morbide? S'il y a unité, force est d'admettre que l'angine, l'érysipèle, les accidents cérébraux, le rhumatisme articulaire, voire même l'escarre du sacrum, sont de nature identique. Sinon, il faudra reconnaître dans le même individu quatre ou cinq diathèses, existant simultanément ou se succédant *ex abrupto*.

Voyez à quelle confusion, j'allais dire à quel galimatias vous induit cette manie vaporeuse et prétentieuse des essentialités et des spécificités ! N'est-il pas plus simple d'admettre le fait tout pur et tout naïf, à savoir : que toutes ces affections successives ont dérivé du même principe, de l'élément inflammatoire s'exerçant à tour de rôle sur des organes divers ? Pourquoi ces migrations ? Nous n'en savons rien ; mais le fait est patent. Remarquez bien que, rhumatismal, érysipélateux ou purement inflammatoire, le trouble cérébral, ici, ressemble aux troubles cérébraux que nous avons décrits précédemment, et que ces traitements, trois fois victorieux, n'ont absolument rien de spécifique.

Nos bases cliniques ainsi établies, posons quelques principes qui puissent éclairer et diriger les candides praticiens qui n'ont pas, de parti pris, fait divorce avec le bon sens médical.

Dans les affections hypersthéniques, dans celles où il y a fluxion, inflammation, fièvre, qu'elles soient, ou non, réputées spécifiques, l'encéphale est sujet à se prendre par propagation, par sympathie, par réflectivité, par métastase, n'importe comment.

Les complications cérébrales s'expliquent plus naturellement par le transport de l'élément *fluxion* ou *inflammation*, lequel est patent pour tout le monde, que par l'action d'un élément spécifique mystérieux et hypothétique.

Spécifiques ou non, les complications cérébrales se révèlent par les caractères symptomatiques et anatomiques, qui sont ceux des lésions cérébrales simples et primitives.

Dans tous les cas, l'élément spécifique étant inconnu dans son essence et se soustrayant à nos moyens curatifs, force nous est d'agir comme si cet élément n'existait pas.

On comprend sous le titre commun de *méningite* divers accidents cérébraux aigus qui se produisent dans le cours des maladies fluxionnaires, inflammatoires ou fébriles. Or, c'est cette désignation que l'on conteste et que l'on condamne, en lui substituant celle de *rhumatisme cérébral*, par exemple.

On s'autorise de ce que, soi-disant, les symptômes et les lésions du rhumatisme cérébral ne sont pas exactement ceux de la méningite proprement dite. Mais avec un peu de bon vouloir et d'esprit de comparaison, on verrait que la méningite franche elle-même est très-variable dans ses symptômes et dans ses lésions, qu'elle est parfois caractérisée seulement par le délire, ou par les convulsions, ou même par la simple douleur ; par l'intermittence ou par la continuité des symptômes ; et qu'à l'autopsie on n'y rencontre souvent

que des lésions très-superficielles, un peu d'injection, d'épanchement séreux ou gélatineux, etc. C'est ce que je crois avoir démontré par les faits empruntés aux auteurs classiques, au sujet de la *méningite épidémique* de 1841, à laquelle on contestait également le titre de méningite (Gazette médicale de Paris, 1842.)

Mais la cause, dit-on, la cause, infection, contagion, vice rhumatismal, dartreux ou autre, ne suffit-elle pas pour constituer une spécificité? D'abord nous savons très-peu comment s'opère l'infection, et surtout la contagion; nous ignorons plus profondément encore ce que sont les *vices*, aussi bien le vice rhumatismal que les autres. Pourquoi donc ces causes ne produiraient-elles pas une méningite, aussi bien que le froid et la chaleur?

On s'étonne de la léthalité du rhumatisme cérébral. Mais combien guérissons-nous de méningites simples confirmées?

Lorsqu'une complication cérébrale vient à se produire dans le cours d'une affection hypersthénique, plusieurs cas peuvent se présenter.

1° Les symptômes cérébraux sont peu prononcés, et il y a lieu de croire qu'ils se dissiperont, à mesure que s'amendera la maladie primitive; c'est ce qui arrive journellement dans le cours des phlegmasies, des exanthèmes fébriles, de la fièvre typhoïde et du rhumatisme lui-même. Alors le praticien n'a pas à s'en préoccuper; il n'a qu'à combattre plus ou moins énergiquement la maladie principale, et la complication s'éteindra d'elle-même (Obs. II).

2° La complication cérébrale peut acquérir une intensité inquiétante et réclame des secours particuliers, indépendants de ceux indiqués par la maladie primitive. Alors il devient nécessaire ou du moins prudent de combattre parallèlement les deux maladies par les moyens propres à chacune d'elles. Ajoutons que ces moyens sont souvent de même nature pour les deux maladies, et que s'il en était autrement, il faudrait gouverner de manière à ne pas aggraver une des affections par les moyens dirigés contre l'autre (Obs. III).

3° La complication cérébrale peut l'emporter de beaucoup par sa gravité sur la maladie primitive; elle peut même lui survivre sans conserver aucun lien avec elle. Dans ce cas, la complication doit absorber exclusivement la sollicitude du praticien.

4° Nous réservons expressément les cas de métastase, où l'indication urgente est de rappeler la maladie primitive. Mais il n'y a là rien de spécifique. Toutes les métastases se traitent de la même manière. Qu'il s'agisse d'une pneumonie, d'un érysipèle ou d'un rhumatisme, ce sont toujours les révulsifs qui sont indiqués, ni plus

ni moins que dans la révulsion appliquée aux affections simples ; seulement, c'est sur le siége du mal primitif qu'il convient d'agir, ce qui est tout rationnel.

5° On fait beaucoup de bruit de l'indication étiologique, comme si nous possédions toujours les moyens de la remplir. D'abord, la cause n'a d'importance que lorsqu'elle persiste actuellement ; et puis, quels sont les cas où se produit l'indication étiologique? Sont-ce les cas d'encéphalopathie rhumastimale? Qui donc s'aviserait de traiter le rhumatisme cérébral par le colchique, le sulfate de quinine, voire même la vératrine ? Les praticiens qui comptent des succès par ces moyens ont été plus heureux que sages, car ils ont couru grand risque de frapper à côté du mal, sinon de l'aggraver.

Il en est de même pour ceux qui, sous prétexte d'intermittence, voient dans les symptômes cérébraux des accès pernicieux qu'il faut combattre par le quinquina. Ce sont là des subtilités dangereuses qui ne prouvent qu'une chose : c'est que la nature est souvent plus forte que la maladie et le médecin.

Serait-ce l'encéphalopathie saturnine ? Je ne sache pas qu'elle ait été traitée avec succès par l'alun ou les sulfureux ; quant aux purgatifs et à l'opium (traitement de la Charité), qui seraient plus rationnels, ce sont moins des spécifiques que des modificateurs assez bien appropriés aux éléments de la maladie.

Serait-ce l'encéphalopathie syphilitique? Mais d'abord, ce n'est pas le cerveau qui est attaqué par le virus, ce sont les os du crâne, dont l'exostose, la carie ou la nécrose impressionnent, pour ainsi dire, mécaniquement l'encéphale; et dût le virus produire directement l'encéphalite, les antiphlogistiques seraient indiqués avant les spécifiques, ainsi qu'ils le sont pour tous les accidents syphilitiques aigus.

Seraient-ce les affections cérébrales dartreuses, scrofuleuses, etc.? Mais le soufre et l'iode sont d'assez mauvais remèdes dans l'encéphalite aiguë.

Vous m'attendez, je le vois bien, à la fièvre intermittente cérébrale vraie (fièvre pernicieuse); mais ici ce n'est pas à l'affection cérébrale que vous adressez le spécifique, c'est à l'intermittence. Cela est si vrai, que vous profitez de l'absence des phénomènes cérébraux pour appliquer le remède. Et si vous tombez au milieu d'un accès, vous perdez confiance dans le spécifique ; vous l'appliquez encore en désespoir de cause, mais en même temps vous combattez directement les troubles nerveux par les saignées, les réfrigérants, les révulsifs, etc.

C'est qu'il est un grand principe que nous voudrions inculquer à tous les praticiens, à savoir, que dans toute inflammation censée spécifique, il y a deux éléments au moins, l'élément cause spécifique, et l'élément inflammation. Or, alors même que l'élément spécifique comporte ses propres indications, l'élément inflammation comporte aussi les siennes, lesquelles même ont souvent le pas sur les premières. Quiconque oublie cette dualité fait nécessairement de mauvaise médecine, et voilà pourquoi les essentialistes purs sont, à mes yeux, de mauvais médecins. Voyez, par exemple, ce qu'ils ont fait de la fièvre puerpérale : une entité fatale qui n'a pas de remèdes ! Mais revenons.

Vous voyez donc bien que, de par les données de la pratique aussi bien que par l'induction rationnelle, le traitement des complications cérébrales, spécifiques ou non, rentre forcément dans les principes thérapeutiques applicables aux accidents cérébraux primitifs. Nous avons vu que lorsque la complication cérébrale est légère, elle pourra se dissiper d'elle-même. C'est ainsi que Sydenham nous apprend qu'il faut avoir le courage de rester spectateur des accidents cérébraux qui se produisent dans les fièvres graves, ou, tout au plus, leur opposer un peu d'opium.

Si les accidents cérébraux s'aggravent ou se prolongent, il conviendra de les attaquer directement par les applications froides sur la tête (eau froide, glace, affusions répétées), par quelques révulsifs externes ou internes ; puis, par les saignées locales plus ou moins larges ou répétées de manière à obtenir un écoulement de sang continu. La saignée générale est souvent indiquée ; puis, il faudra raser le cuir chevelu pour y faire des frictions stibiées à courts intervalles, jusqu'à éruption. Je préfère cette méthode à celle des vésicatoires ; les frictions mercurielles qu'on a vantées agissent trop lentement.

Tel est ce que nous appelons le traitement classique, celui qui nous a réussi dans plusieurs des cas précédents (Obs. I, III, VI). Mais, hélas ! l'expérience nous a trop appris que, malgré tous ces moyens, les complications cérébrales graves, de même que la méningite primitive confirmée, entraînent le plus souvent la mort.

Il est une médication qui me paraît devoir produire plus de succès que la précédente. C'est celle qui déjà nous a procuré des résultats si heureux, si prompts et si nets (Obs. IV, V). C'est la médication par les opiacés à haute dose; mais il faut l'appliquer avec courage et discernement. Brown a dit, il y a longtemps : *Opium, mehercle, non sedat.* Cela est vrai, l'opium à certaine dose est ex-

citant; lorsqu'on en essaye, il arrive souvent que les troubles nerveux s'aggravent; on a peur et l'on recule, croyant avoir fait fausse route, et l'on accuse l'opium d'infidélité ou d'impuissance. Mais persistez, répétez les doses jusqu'à production de narcotisme. Si vous parvenez à endormir le malade, et le plus souvent vous y parviendrez; si vous savez habilement entretenir le sommeil pendant un temps suffisant, il est probable que les accidents cérébraux seront domptés. Quel est votre but en donnant l'opium? de produire un certain degré de narcotisme, apparemment. Eh bien! tant que le narcotisme ne se produit pas, vous n'êtes pas en droit d'accuser le remède. Pourquoi fléchir? Que craignez-vous? Tant que le malade n'est pas narcotisé, vous êtes certain qu'il n'est pas empoisonné. En espaçant les doses, vous pouvez toujours vous arrêter à temps; l'opium n'est pas de ces remèdes qui agissent après coup, par *accumulation*, comme on dit; et le narcotisme produit, si vous suspendez le remède, il se dissipera de lui-même; ne craignez rien; ne craignez pas même de prolonger le narcotisme un jour, deux jours; souvent la guérison est à ce prix. Si le sommeil est paisible, si le pouls et la chaleur se maintiennent, vous n'avez rien à redouter.

Cette méthode hardie pourra surprendre, effrayer les praticiens méticuleux; mais nous allons les rassurer, je l'espère, par un rapprochement frappant de vérité : l'opium agit comme l'éther et le chloroforme, dont la première impression a pour effet de produire l'agitation et l'exaltation; vous persistez, et la sédation, l'anésthésie, le coma succèdent à l'excitation; l'analogie est parfaite, à cela près que l'opium est plus facile à manier et moins dangereux que le chloroforme.

Je prévois une objection : l'opium produit par lui-même un état congestionnel, un engorgement des capillaires cérébraux; c'est ce que disent les vivisecteurs. Mais ce qui n'est pas moins avéré, c'est la merveilleuse efficacité de l'opium pour dissiper les accidents cérébraux : douleur, délire et spasme; voilà ce que disent les cliniciens. Ici le fait domine la théorie; en outre, je déclare n'avoir jamais vu l'inflammation s'exaspérer sous l'influence des opiacés dont je fais très-souvent usage dans les phlegmasies où viennent à prédominer les accidents nerveux. J'ajouterai que je crois avoir trouvé dans cette féconde et lumineuse doctrine des *éléments pratiques* l'explication des effets favorables de l'opium même dans les phlegmasies. On ne saurait nier que dans toute inflammation il existe deux éléments : le stimulus, nerveux probablement, qui produit la congestion. Or, je me figure que l'opium éteint, supprime

l'élément stimulus, et que l'élément congestion, abandonné en quelque sorte à lui-même, se résout ensuite spontanément.

Quoi qu'il en soit, le fait clinique est flagrant. Je conjure nos habiles confrères de le soumettre à leur propre expérience, et s'ils partagent nos convictions, s'ils ont le courage de procéder comme nous l'avons indiqué, je ne doute pas qu'ils n'obtiennent eux-mêmes des succès aussi brillants que ceux que nous venons de leur offrir.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Recherches sur l'opération de la trachéotomie [1].

Par M. Ch. Hardy, interne des hôpitaux.

J'arrive maintenant aux procédés employés de nos jours et que nous voyons pratiquer dans nos hôpitaux. Nous pouvons dire que deux méthodes seulement sont mises en pratique. La première, qui est la plus répandue et la plus rationnelle, est celle de l'incision, couche par couche, des téguments et de la trachée ; c'est celle de M. Trousseau. La seconde, qui a pour but d'ouvrir la trachée, en faisant l'incision en masse de tous les téguments, c'est l'opération que nous avons vue chez les anciens et qui a été remise en pratique avec quelques modifications. Cette deuxième méthode a trouvé à son origine un grand nombre de partisans et un nombre plus grand encore d'adversaires ; c'est qu'en effet elle promettait aux uns une exécution prompte et facile, et que les autres y voyaient des dangers et peu d'avantages sous le rapport du manuel opératoire. M. Trousseau a posé comme précepte qu'il faut opérer « lentement, très-lentement, trop lentement ; » c'est une règle que s'imposent encore tous les chirurgiens appelés à pratiquer la trachéotomie ; quel que soit le degré avancé de l'asphyxie, on gagnera du temps en faisant l'opération lentement et méthodiquement, car si l'incision simultanée des téguments et de la trachée permet, dans certains cas, de donner plus promptement à l'air un libre accès dans le poumon, nous verrons bientôt qu'après l'incision toutes les difficultés ne sont pas vaincues et qu'il est souvent plus difficile alors d'introduire la canule ; quelquefois même ce temps si important de l'opération n'a pu être exécuté par des chirurgiens habitués à cette méthode.

---

[1] Suite et fin. — Voir le numéro du 15 octobre, p. 310.

La méthode de l'incision simultanée des téguments et de la trachée, d'abord pratiquée par Beauchot et abandonnée ensuite, présente quatre points principaux à étudier : 1° la position à donner au malade; 2° la fixation de la trachée ; 3° l'incision en masse des téguments et de la trachée; 4° l'introduction de la canule. M. Chassaignac, qui a remis cette méthode en pratique avec quelques modifications, dit qu'il faut coucher le malade sur une table recouverte d'alèzes, la tête renversée en arrière, « et, afin que le cou soit bien tendu à sa partie antérieure, avoir recours à une petite alèze roulée sur elle-même et maintenue en une espèce de petit cylindre destiné à être placé sous la nuque; maintenir l'opéré dans cette position quelques instants avant l'opération, et, si on redoute les mouvements, le contenir avec une camisole de force. » Cette position est déjà loin d'être favorable pour un malade en état de suffocation, surtout s'il est privé de tout mouvement. Le deuxième temps de l'opération offre encore moins de facilité au patient pour respirer : il consiste, après avoir reconnu à travers les téguments le bord inférieur du cartilage cricoïde, à introduire audessous de ce cartilage et sur la ligne médiane un ténaculum muni d'une cannelure sur son bord convexe; à l'aide de ce ténaculum, on porte en haut le cartilage cricoïde et on immobilise le larynx, manœuvre qui contribue encore à rendre la respiration plus difficile. Le ténaculum étant confié à un aide ou tenu de la main gauche par l'opérateur, on dirige la pointe du bistouri dans la cannelure et on la pousse jusque dans la trachée, puis on incise de haut en bas dans une étendue convenable la trachée et toutes les parties qui la recouvrent! Immédiatement après l'incision, on introduit un dilatateur, et celui que M. Chassaignac préfère a la forme d'une pince à pansement, coudée à angle droit et terminée en pointe : on se guide sur la cannelure du ténaculum pour conduire cet instrument jusque dans la trachée, on écarte les branches pour dilater les lèvres de la plaie et on procède à l'introduction de la canule. Si l'incision de la trachée est insuffisante après avoir placé le dilatateur, on l'agrandit avec un bistouri boutonné ou des ciseaux courbes. Cette manœuvre simple et expéditive en théorie ne l'est pas toujours en pratique, et présente des inconvénients et des dangers qu'on peut éviter par la méthode de l'incision couche par couche.

Déjà, au quinzième siècle, Van Swieten regardait comme dangereux tous les procédés de trachéotomie qui avaient pour but de pénétrer directement dans la trachée, « parce que, disait-il, les mouvements du larynx et la mobilité de la trachée peuvent faire dévier la

pointe de l'instrument. » Dans la méthode de M. Chassaignac, on n'a plus à redouter ces mouvements, et le ténaculum sert de guide au bistouri pour trouver la trachée; mais si l'opérateur est plus à son aise, le malade est sans cesse sur le point de suffoquer, et si on a affaire à un enfant très-jeune, dont la trachée offre à peine le volume du petit doigt, le ténaculum ne suffira pas pour mettre à l'abri des accidents que je viens de signaler. Lorsqu'on opère sur un organe caché par une couche de téguments, dont on ignore l'épaisseur exacte, on opère sans sécurité; si l'on plonge le bistouri trop brusquement dans la rainure du ténaculum, la pointe peut traverser toute la trachée, atteindre la paroi postérieure de ce conduit et blesser l'œsophage. Cette lésion est d'autant plus facile chez l'enfant, que le cartilage cricoïde, encore très-flexible, se déprime sous l'influence du ténaculum et diminue le calibre de la trachée. Si la ponction est faite avec trop de timidité, une très-petite portion de la lame du bistouri pénètre dans la trachée, et comme la direction normale de ce conduit est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, que son extrémité inférieure est bien plus profondément située que son extrémité cricoïdienne, on s'expose à ce que la lame ressorte presque aussitôt de ce conduit, et, par conséquent, à faire une incision trop petite. C'est en effet ce qui arrive dans bon nombre de cas. On est alors obligé d'agrandir la plaie avec le bistouri boutonné, on perd un temps précieux et l'on compromet la vie du malade. Un autre inconvénient de cette méthode, qui tient toujours à ce que l'on n'a pas la trachée sous les yeux, c'est que chez le jeune enfant il est très-facile d'inciser la trachée en dehors de la ligne médiane, ce qui devient très-gênant pour appliquer le dilatateur et introduire la canule.

Je citerai plus loin, en décrivant le ténaculum, une observation de ce genre, dans laquelle l'opération a dû être recommencée séance tenante.

Lorsque le dilatateur est placé dans la trachée, l'introduction de la canule est en général facile, mais cependant elle offre encore plus de difficultés que dans le procédé ordinaire, parce que, l'incision des téguments étant plus petite, on est obligé d'agir à une plus grande distance de la trachée.

Cette méthode, tout en rendant l'opération plus simple, puisqu'elle n'exige aucune précaution de dissection, n'offre pas plus d'avantage pour le malade que l'opération couche par couche; elle demande autant de temps pour son exécution, car pendant qu'on recherche le bord du cartilage cricoïde, recherche qui est quelque-

fois assez longue, on perd le temps nécessaire pour faire l'incision des téguments et découvrir la trachée.

La position qu'on est obligé de donner au malade est très-gênante, et les accidents de l'opération sont tout aussi à redouter. L'hémorrhagie est même plus à craindre, puisque le peu de sang fourni par l'incision des veines ne peut facilement se porter au dehors, à cause de la petitesse de l'incision cutanée, et si, par anomalie, une branche artérielle se rencontrait au-devant de la trachée, comme on le voit quelquefois, cette branche serait inévitablement coupée sans que le chirurgien pût l'éviter : comment alors arrêter l'hémorrhagie qui en serait la conséquence? Aussi ce procédé est-il peu employé ; d'ailleurs le ténaculum ericoïdien constitue à lui seul tout ce qu'il y a de nouveau dans cette méthode, puisque nous voyons chez les anciens l'incision simultanée des téguments et de la trachée, pratiquée par Dionis et modifiée de plusieurs manières par les contemporains. Ce ténaculum ne diffère que très-peu, quant à la forme, de celui inventé par Beauchot; il présente une courbure un peu moins grande, un volume plus considérable et une cannelure sur son bord convexe. Cet instrument, comme nous l'avons dit, sert à immobiliser la trachée et à diriger le bistouri ou le dilatateur après l'incision. Quant à sa première utilité, nous la regardons comme dangereuse, puisqu'elle met le malade, déjà suffocant, dans l'impossibilité de respirer. La cannelure offre un avantage réel, c'est un guide pour retrouver l'ouverture trachéale et conduire le dilatateur ; mais cet avantage ne saurait compenser les inconvénients que nous avons signalés. Le ténaculum est inséparable de la méthode que nous venons de décrire, il ne saurait être employé lorsqu'on pratique la trachéotomie par l'incision couche par couche et surtout qu'on incise la trachée de bas en haut. Je dirai même que ce ténaculum est un instrument dangereux lorsqu'il est mal manié. M. André rapporte, dans sa thèse inaugurale, une observation dans laquelle l'ouverture de la trachée ayant été faite par le procédé que je viens de décrire, l'aide qui maintenait le ténaculum ayant abandonné cet instrument après l'ouverture de la trachée, il fut impossible à l'opérateur d'introduire le dilatateur ; la trachée, ayant été contournée par le ténaculum, se remit en place, et le parallélisme fut rompu entre la plaie extérieure et celle du conduit aérien; on fut obligé de recommencer l'opération et de faire une nouvelle ouverture à la trachée.

On peut résumer ainsi les inconvénients de la méthode de l'incision simultanée avec les modifications qui lui ont été faites de nos jours :

1° On ne voit pas ce qu'on fait.

2° On peut manquer la trachée, et, ce qui est plus fréquent encore, l'attaquer sur le côté.

3° On ne tombe pas dans l'interstice des muscles, mais dans leur tissu; de là source d'hémorrhagie par les artères musculaires, comme il nous en a été communiqué une observation.

4° La peau étant très-mobile et son ouverture n'étant pas plus grande que celle faite à la trachée, le parallélisme cesse facilement, surtout par suite du changement de position de la tête.

5° Sil y a hémorrhagie, surtout artérielle, le sang s'échappe difficilement par l'ouverture cutanée, il va dans la trachée et dans les tissus du cou; que faire? revenir à l'incision couche par couche pour trouver le vaisseau à lier? mais dans quelles conditions?

6° L'ouverture des tissus étant étroite, il est difficile d'introduire la canule; on fait des tentatives infructueuses, on irrite les tissus et on a plus de chances de voir des inflammations phlegmoneuses succéder à l'opération.

Du reste, en quoi diffère cette méthode du procédé décrit par Van Swieten et Beauchot? Seulement par l'emploi du ténaculum et l'incision de haut en bas. Nous nous sommes assez étendu sur l'emploi du ténaculum pour n'y pas revenir; quant à l'incision, nous aurons occasion d'en parler plus loin.

J'arrive à la méthode de l'incision couche par couche des téguments : c'est la plus généralement connue, c'est aussi celle qui est employée le plus fréquemment aujourd'hui et que M. Trousseau a instituée à l'hôpital Necker.

Cependant tous les médecins ne sont pas d'accord sur tous les temps de l'opération, et surtout sur la manière de faire l'incision de la trachée.

M. le docteur Millard, dans sa remarquable thèse pour le doctorat, expose dans un article des mieux faits le procédé opératoire employé à l'hôpital des Enfants ; c'est à ce travail que nous empruntons les quelques mots que nous allons en dire :

La position à donner à l'opéré est très-importante; il faut le placer sur une table, en face d'une fenêtre, les pieds dirigés vers elle de manière que la lumière vienne tomber directement sur la région antérieure du cou. Le chirurgien se place à la droite du malade et explore avec soin la région sous-hyoïdienne, pour déterminer exactement la place du cartilage cricoïde, apprécie approximativement la profondeur de la trachée, l'épaisseur et la résistance des tissus qui la séparent de la peau ; il reconnaît aussi la saillie et le volume des

veines sous-cutanées, et, comme le dit avec juste raison M. Millard, plus les veines superficielles seront dilatées, plus il y aura de chances pour que les veines profondes soient peu développées, et moins il aura à redouter l'hémorrhagie. Toutes ces précautions prises, il en est encore une sur laquelle l'auteur que je viens de citer insiste et qui est également recommandée par M. le professeur Trousseau : c'est de tracer d'avance avec de l'encre la ligne médiane et l'étendue qu'on doit donner à l'incision. C'est à tort qu'on a regardé cette précaution comme puérile ; il est si facile et si dangereux de s'écarter de la ligne médiane, que l'on ne saurait prendre trop de précautions, surtout sur les très-jeunes sujets, et quand on opère sans fixer la trachée : plus d'un opérateur s'est fourvoyé pour ne pas avoir suivi cette règle, d'ailleurs si simple et si inoffensive. Toutes ces dispositions prises, on incise la peau de haut en bas, depuis le bord supérieur du cartilage cricoïde jusqu'à un point situé un peu au-dessus de la fourchette sternale (cette incision n'est jamais trop grande) ; et on dissèque lentement jusqu'à la trachée, en évitant autant que possible les veines volumineuses, que l'on peut dévier à l'aide d'une érigne mousse, confiée à un aide. Il ne faut jamais lier les veines.

On arrive ainsi sur la trachée, dont il ne faut pas confondre la couleur blanche avec celle de l'aponévrose prétrachéale.

Lorsque la trachée est à découvert et qu'on la sent bien sous le doigt indicateur gauche, placé au-dessous et près du cartilage cricoïde, on la fixe sans l'immobiliser complétement et on dirige la pointe du bistouri sur l'ongle jusque sur cet organe, qu'on incise de haut en bas dans l'étendue d'un centimètre et demi. L'incision faite, on place immédiatement sur elle le doigt indicateur, de manière à empêcher l'introduction du sang dans les voies respiratoires et l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire. On saisit le dilatateur qu'on glisse sur l'ongle jusque dans la plaie trachéale, et on se hâte d'introduire la canule. Quant à l'introduction de la canule, elle peut se faire directement sans conducteur, ou bien en employant une sonde en gomme élastique, qui sert de mandrin pour mieux diriger la canule. Cette précaution est bonne, mais non indispensable. Quelques chirurgiens même introduisent la canule sans se servir du dilatateur. Si l'incision de la trachée est jugée assez grande, s'il n'y a pas d'hémorrhagie à redouter, si enfin on a bien sous le doigt l'ouverture de la trachée, on peut suivre cette pratique : on abrégera l'opération et on évitera ainsi des souffrances au malade ; mais dans les conditions contraires, il est prudent de se servir

du dilatateur. Quant au volume de la canule, M. Trousseau recommande d'employer les canules les plus grosses possible, mais il ne faut pas exagérer ce précepte et toujours proportionner les dimensions de la canule au volume de la trachée. Il est prouvé, par les observations recueillies à l'hôpital des Enfants, que les grosses canules fournissent de bons résultats. Après l'opération, on entoure le cou de l'opéré avec une cravate de mousseline très-fine.

Cette méthode opératoire, comme on le voit, est des plus rationnelles et offre tous les jours de nombreux succès; elle a sur la précédente l'avantage de laisser au malade la facilité de respirer, et permet à l'opérateur d'agir avec une grande prudence. Cependant il est certains points qui pourront être modifiés avantageusement et qui permettront d'agir avec une plus grande sécurité. L'incision de la trachée de haut en bas, telle qu'on la fait dans la méthode précédente, peut être remplacée par l'incision de bas en haut, ainsi que nous allons le dire dans le procédé suivant, qui diffère très-peu de cette méthode.

Dans la grande majorité des cas, lorsqu'on est appelé à pratiquer la trachéotomie, la suffocation est imminente, et, par suite, il y a un gonflement considérable du cou et stase du sang veineux. Il faudra donc placer le malade dans une position favorable pour lui permettre de respirer le plus facilement possible; le coucher horizontalement en face d'une fenêtre, la tête un peu relevée au moyen d'une alèze placée sous la nuque et maintenue par un aide, mais non pas renversée fortement en arrière, comme on le recommande dans la plupart des procédés que j'ai décrits. Le chirurgien se place à droite, reconnaît la ligne médiane, qu'il trace d'avance, si le temps le lui permet, et incise la peau sur cette ligne, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Sans s'occuper de la situation du cartilage cricoïde, l'extrémité inférieure de cette incision doit arriver à une très-petite distance de la fourchette du sternum. Après avoir incisé successivement la peau, le peaussier et l'aponévrose cervicale, en évitant autant que possible les veines superficielles un peu volumineuses, on porte le doigt dans la plaie pour reconnaître le cartilage cricoïde et s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie artérielle; on écarte les muscles sterno-thyroïdiens avec des érignes mousses confiées à des aides, on cherche la trachée avec l'indicateur gauche, et, lorsque ce conduit est à découvert au fond de la plaie, que l'aponévrose prétrachéale a été incisée, on place l'indicateur du côté gauche sur la trachée, au-dessus de la fourchette du sternum, on appuie légèrement sur ce conduit de manière à le fixer momentanément, et, dirigeant sur le

bord interne de l'angle le bistouri, le tranchant tourné en haut, on incise la trachée de bas en haut jusqu'au cartilage cricoïde; puis, sans abandonner le doigt qui fixe la trachée, on saisit la canule que l'on place immédiatement, s'il n'y a pas d'hémorrhagie; dans le cas contraire, on se sert du dilatateur de M. Guersant et on ouvre largement le bord de la plaie trachéale, en même temps qu'on incline le malade en avant pour lui permettre de rejeter le sang et les mucosités contenues dans les voies aériennes; on procède ensuite à l'introduction de la canule. — Par ce procédé, on évite nécessairement de blesser les gros troncs vasculaires qui avoisinent la fourchette du sternum, et on n'a plus à craindre les anomalies artérielles. De plus, on opère à découvert sur la trachée, et il est bien plus facile de donner à l'incision trachéale de grandes dimensions. La position du malade étant beaucoup plus favorable pour la respiration, on n'a pas à redouter, comme dans la méthode de l'incision simultanée, les accès violents de suffocation et les syncopes qui viennent entraver l'opération et ajouter au trouble déjà trop grand de celui qui sent le bistouri. L'incision de bas en haut nous paraît aussi préférable, parce qu'elle expose moins que les autres à faire des incisions trop petites; une des causes qui font que l'incision de la trachée est souvent insuffisante, c'est la direction de cet organe de haut en bas, et d'avant en arrière, et ses mouvements d'élévation de haut en bas qui ont pour but de porter son extrémité inférieure plus en arrière encore. — Si l'on incise de haut en bas, le bistouri dirigé verticalement ressort presque aussitôt de ce conduit. — Dans l'incision de bas en haut, au contraire, toutes les conditions sont réunies pour que la paroi antérieure de la trachée soit toujours au devant du tranchant de l'instrument, puisqu'on marche des parties les plus profondes vers les plus superficielles.

Tel est le procédé qui nous paraît le plus rationnel et qui semble remplir les meilleures conditions au point de vue du malade, celui aussi qui offre le plus de sécurité au chirurgien, puisque, basé sur des données anatomiques, il lui permet d'opérer sans crainte de blesser aucun organe important. Quant à la promptitude de son exécution, il nous semble aussi favorable que le procédé de l'incision de haut en bas, pour quiconque en a l'habitude.

Avant de terminer cet exposé des divers procédés de trachéotomie, je dois en signaler un dernier, qui vient d'être proposé tout récemment par M. Marc Sée, prosecteur de la Faculté de médecine; il consiste à ouvrir la trachée à l'aide d'une sorte de lithotome coudé qui aurait pour but de réunir en un seul temps la ponction, l'inci-

sion et la dilatation du conduit aérien. Cet instrument semble être appelé à rendre la trachéotomie plus facile, mais il nous est impossible d'en faire une critique judicieuse, ne l'ayant pas encore vu mettre en pratique (1).

Si l'on examine les nombreux procédés qui ont été imaginés pour faire la trachéotomie, les modifications sans nombre apportées à ces procédés, on voit qu'il est peu d'opérations qui aient plus préoccupé les médecins et les chirurgiens : à notre époque, elle est encore tous les jours un sujet d'études; mais si quelques chirurgiens tendent à la modifier, d'autres, frappés du peu de succès qu'elle fournit dans le croup, tendent à lui substituer d'autres moyens thérapeutiques; c'est ainsi qu'un praticien distingué, M. Loiseau, est venu préconiser le cathétérisme et la cautérisation du larynx, et plus récemment M. Bouchut a publié plusieurs articles sur une nouvelle méthode de remédier à la suffocation et d'éviter la trachéotomie, le tubage du larynx, qui consiste à placer dans la glotte une canule droite. Mais ces deux moyens, comme la trachéotomie, ne sont que palliatifs et n'offrent pas plus d'avantage que cette dernière opération; ils peuvent être tentés avant la trachéotomie, mais, dans la plupart des cas, l'ouverture de la trachée deviendra indispensable.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé de dosage à la quinine dans le quinquina.

Ce procédé, publié par M. Guillermond dans la Gazette médicale de Lyon, est une modification avantageuse de celui que ce pharmacien avait publié en 1847, et qui est recommandé dans le Traité de pharmacie de M. Soubeiran. Voici en quoi il consiste :

Prenez 20 grammes de quina jaune, pulvérisez-les sans laisser de résidu, versez sur la poudre de l'alcool à 76 degrés en quantité suffisante pour former une pâte molle que vous ferez chauffer au bain-marie pendant quelques minutes, jusqu'à ce que la fibre soit bien pénétrée par le liquide; introduisez alors dans la pâte 10 grammes de chaux hydratée, pulvérisée finement; mélangez exactement de manière à former un tout bien homogène, que vous ferez chauffer

(1) Lorsque nous avons reproduit la note de M. Sée, nous avons revendiqué ce procédé pour l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. le docteur Garin; nous savons même que le trachéotome de notre sagace confrère a été employé une fois et avec succès sur le vivant, mais l'observation n'en a pas été publiée. (*Note du Rédacteur.*)

sur une assiette jusqu'à élimination complète de toute humidité. Il en résultera une poudre que vous introduirez dans un appareil à déplacement; vous la tasserez très-fortement et la traiterez ensuite avec 100 grammes d'éther sulfurique rectifié. Celui-ci filtrera très-facilement sur la couche fibro-calcaire, dissoudra et emportera toute la quinine. On fera évaporer rapidement l'éther quininé à la chaleur de l'eau bouillante, et le résidu ne contiendra que la quinine et une petite proportion d'une matière colorante jaune qu'on pourra négliger.

Pour déterminer la quantité de quinine obtenue, on pourra avoir recours à l'un des trois moyens suivants :

1° Dessécher complétement le résidu éthéré. Son poids donnera celui de la quinine, plus de la portion de matière colorante entraînée dont la quantité est insignifiante.

2° Etendre le résidu dans un peu d'alcool et l'aciduler avec de l'acide sulfurique très-dilué, dont on connaîtra la capacité de saturation pour la quinine. On pourra se servir à cet effet d'un tube gradué, de manière qu'un volume donné de l'acide dilué corresponde à 1 gramme de quinine.

3° Peser le sulfate de quinine obtenu ; celui-ci, en effet, cristallise et se solidifie à mesure presque complétement. On peut en quelques instants achever sa dessiccation en l'exposant au soleil ou à la chaleur d'une étuve.

On pourrait, après le traitement éthéré, faire passer de l'alcool sur le quina mêlé de chaux et se rendre compte de la quantité de cinchonine : mais nous croyons qu'on n'a pas toujours besoin d'aller jusque-là pour être édifié sur la richesse d'un quinquina.

Ce procédé se recommande, selon M. Guillermond, par sa simplicité, par la célérité avec laquelle on obtient le résultat, car il ne faut pas plus de trois heures pour qu'il se produise, et, en outre, par l'avantage de pouvoir séparer complétement et rigoureusement tout l'alcaloïde.

Formule de l'eau Saint-Jean. — Topique résolutif et antiméphitique.

On désigne sous le nom d'*eau Saint-Jean* une ancienne préparation destinée à des applications locales, dans les cas de lésions traumatiques, avec ou sans division des tissus. Deux médecins du Doubs, MM. Corbet (de Besançon) et Rouget (de Levier), après avoir expérimenté ce médicament sur un grand nombre de malades, le considèrent comme bien supérieur dans ses effets aux autres liquides

prescrits dans les mêmes circonstances : le vin aromatique, l'eau de Goulard, l'eau-de-vie camphrée, etc. Voici la formule de l'eau Saint-Jean, donnée par l'Écho médical suisse :

Pr. Sulfate de zinc........................ 3 grammes.
Sulfate de cuivre........................ 1 gramme.

Dissolvez dans :

Eau de fontaine........................ 1 litre.

Ajoutez d'une part :

Stigmates de safran........................ 25 centigrammes;

d'autre part :

Camphre........................ 50 centigrammes,

préalablement dissous dans :

Alcool........................ Q. S.

Laissez macérer quarante-huit heures, filtrez et conservez en vase clos pour l'usage externe.

Cette préparation s'emploie en lotions, irrigations, fomentations, pure ou coupée avec de l'eau. Elle diminue la suppuration, masque ou détruit la fétidité dans les plaies contuses par arrachement ou armes à feu. Elle rend aussi de grands services dans le traitement des entorses, des luxations et des fractures. Lorsqu'on l'emploie d'une manière continue, il se forme sur les linges un léger dépôt de sels de cuivre ou de zinc qui s'oppose à leur imbibition ultérieure, il faut alors avoir le soin de renouveler plus fréquemment les pièces d'appareil.

Aux avantages de l'eau Saint-Jean, il faut ajouter son extrême bon marché, qui doit surtout la faire préférer dans la médecine des pauvres.

Poudre contre le coryza chronique.

Le coryza est une de ces affections dont on néglige trop le traitement. Contre la maladie à l'état aigu, M. Monneret a indiqué, depuis longtemps déjà, qu'on pouvait recourir avec avantage à l'action topique du sous-nitrate de bismuth. Nous avons eu maintes fois l'occasion de faire bénéficier nos malades de cet enseignement. Lorsque le coryza passe à l'état chronique, il ne cède plus toujours au sel de bismuth employé seul. Dans ces cas, M. le docteur Sobrier dit s'être bien trouvé de l'addition de l'iodure de soufre. Voici sa formule :

Pr. Sous-nitrate de bismuth........... 4 grammes.
Poudre de réglisse........... 8 grammes.
Iodure de soufre........... 50 centigrammes.

Il prescrit dix ou douze prises et plus dans la journée, suivant les effets obtenus.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Considérations sur la suppression des lochies dans les maladies puerpérales. — Moyen simple et sans danger pour rétablir cet écoulement.

Si quelque chose de caractéristique distingue nettement l'état de la femme en couches, c'est certainement l'écoulement qui se produit alors par ses parties génitales; l'odeur seule de l'humeur lochiale, *gravis odor puerperi*, fait pressentir, dans ces circonstances, un travail particulier et spécial. Mais ce n'est pas sur ce point que nous désirons attirer l'attention, et notre but n'est pas de faire ressortir tout ce qui imprime un cachet propre à l'état puerpéral. Si l'existence d'une fièvre *sui generis*, méritant uniquement le nom de *puerpérale*, n'a pas été généralement admise, et nous sommes presque du nombre des incrédules, il n'en a pas été ainsi de cet état hygido-morbide, qui n'est pas précisément une maladie, mais qui n'est pas non plus un état de parfaite commodité, dans lequel se trouve la femme après l'enfantement. On a accordé assez unanimement à la puerpéralité une place à part parmi les modes d'être de la femme, et on a reconnu sans peine que la constitution passagère des nouvelles accouchées méritait à divers titres d'être étudiée avec soin.

Au début des remarquables débats qui viennent d'avoir lieu dans le sein de l'Académie, nous trouvions étrange que certains médecins, admettant sans contester des dispositions spéciales chez la femme en couches, se refusassent à croire à une fièvre puerpérale essentielle. Nous nous disions que la croyance à celle-ci n'était pas plus difficile que l'admission de celle-là; en effet, ces dispositions existant, on n'avait plus qu'à faire survenir, sous une cause occasionnelle quelconque, l'affection élémentaire *fièvre*, et on avait ainsi la modification morbide essentielle qu'on ne voulait pas reconnaître. C'est, du reste, d'une manière analogue qu'a lieu la génération d'une foule de ces fièvres dont on ne conteste plus guère aujourd'hui l'essentialité; ainsi se produit, par exemple, la fièvre intermittente chez des sujets ayant séjourné dans les marais, et n'y habitant plus; il y a encore ici, d'un côté, prédisposition particulière acquise au milieu d'une atmosphère saturée d'effluves, et,

d'autre part, apparition de l'affection *fièvre* sous l'influence d'une provocation quelconque, comme une forte émotion ou un refroidissement.

La fièvre puerpérale essentielle et exquise est donc possible ; elle se comprend aussi bien que la fièvre intermittente. Seulement, en compulsant les comptes rendus des cliniciens, en considérant la diversité des opinions sur la nature et le traitement de la première de ces affections, en se reportant à ce qu'on a vu soi-même au lit des malades, le doute arrive encore, et cette étude finit par vous laisser pénétré tout au moins de la rareté excessive de cette fièvre exquise appelée puerpérale.

Le professeur Bouillaud a bien exprimé la pensée que nous venons de développer, en disant : « La fièvre puerpérale essentielle n'est qu'un être, je ne dirai pas d'imagination, mais de raison. Il n'y a pas de fièvre puerpérale en tant que maladie nouvelle, c'est-à-dire destinée à prendre une place distincte dans le cadre nosologique à côté des autres fièvres. »

Que sont donc toutes ces pyrexies des femmes en couches dont les auteurs font mention ? Quel nom donner à toutes ces fièvres sporadiques ou épidémiques des nouvelles accouchées ? M. Bouillaud nous l'a encore indiqué en quelques mots : « Il n'y a pas de doute, a-t-il dit, que la femme en couches puisse être atteinte de toutes les fièvres possibles, et à ce titre il y a autant de fièvres puerpérales qu'il y a de fièvres. » Le savant professeur de Paris, dont nous sommes loin de partager la doctrine médicale sous bien d'autres rapports, invoque, pour appuyer son dire, une thèse judicieuse soutenue à Paris en 1804 par M. Mercier, dans laquelle on lit : « Prétendre qu'il existe une fièvre des nouvelles accouchées, propre à elles, toujours la même, ayant existé toujours et partout avec les mêmes caractères, c'est confondre, à cause de quelques analogies, des choses qui n'ont de commun entre elles que les sujets chez lesquels on les rencontre. »

Si M. Bouillaud eût voulu se reporter plus loin, il eût vu qu'un professeur de Montpellier avait dit la même chose, ou à peu près, avant la fin du dernier siècle ; et ce professeur, qui a été surtout habile à tirer les bons préceptes des œuvres de l'antiquité, c'est le profond Grimaud. Il s'exprime ainsi au début de sa description de la fièvre puerpérale gastrique. « Je parlerai dans ce chapitre de la fièvre puerpérale ou de la fièvre des nouvelles accouchées. Cette fièvre n'est point une maladie particulière, encore moins une maladie nouvelle, comme l'ont voulu quelques-uns ; elle ne demande

d'autres considérations de la part du médecin que celles qui sont relatives aux complications qu'elle subit. »

Nous transcrivons ces paroles de Grimaud seulement pour montrer sa pensée sur la diversité de nature des fièvres puerpérales, dont les unes lui paraissent phlogistiques, d'autres nerveuses, la plupart gastriques. Ce n'est pas dire que nous l'approuvions, quand il déclare que la circonstance de la puerpéralité ne fournit elle-même aucune indication ; nous regardons cela comme une erreur capitale.

Les fièvres puerpérales essentielles ne sont donc pour nous que des fièvres typhoïdes, des bilieuses gastriques, des bilieuses catarrhales, des intermittentes pernicieuses ou non, des fièvres malignes de toute sorte, des maladies épidémiques à génie souvent inconnu. Mais donne-t-on un diagnostic complet en se bornant à une de ces dernières dénominations ? Les mots *typhoïde, gastrique, catarrhal, périodique*, etc., fournissent-ils une idée nette et entière de l'état morbide dont il est question ? C'est loin d'être notre pensée. Si la puerpéralité imprime un cachet spécial à la constitution hygide de la femme, on ne saurait soutenir que cette circonstance n'influe en rien sur les modifications morbides qui atteignent la nouvelle accouchée : étiologie, symptomatologie, pronostic, thérapeutique, tout se ressent, en effet, de cette impression aussi singulière que profonde. Il convient donc d'indiquer par un mot que les fièvres typhoïdes, catarrhales, pernicieuses de la femme en couches méritent une distinction particulière, et ce mot ne peut être que celui de *puerpérales*.

C'est ainsi le seul moyen de tenir un juste compte de ces dispositions, qu'au dire général on trouve chez les nouvelles accouchées.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des fièvres essentielles. Comme on le pense bien, nous croyons aussi à diverses fièvres symptomatiques puerpérales, et dans ce nombre nous rangeons celles qu'il convient de faire remonter principalement à une inflammation ou lésion organique quelconque, à une résorption purulente ou putride, à une altération préalalable d'un solide ou d'une humeur. Au surplus, nous admettons que, dans un nombre infini de cas, la fièvre dérive à la fois de la spontanéité vitale et de la force de réaction, ce qui revient à dire qu'elle est souvent essentielle par un point et symptomatique par un autre. En cherchant bien, nous parviendrons même, et sans peine, à prouver que la division montpellienne des fièvres en essentielles, symptomatiques, synergiques, est parfaitement applicable aux fièvres puerpérales ; elle pourrait au moins servir à mettre en ordre l'ensemble de ces maladies

si diverses, rapportées par les auteurs. A ceux qui trouveraient nos divisions nosologiques trop multipliées, nous répondrions en invoquant l'observation clinique, et, par elle, nous démontrerions une fois de plus que la nature se joue de nos classifications étroites et de nos prétentions à simplifier à l'excès.

Fuyons ce sujet séduisant et ne perdons pas de vue notre objet actuel. Les quelques mots qui précèdent suffisent pour indiquer l'importance que nous attachons à la considération de l'état puerpéral, tout en ne croyant que dans une certaine mesure à la fièvre puerpérale essentielle et exquise.

Parmi les caractères de la puerpéralité, il nous importe seulement ici d'en distinguer deux : l'un est apparent, c'est l'écoulement lochial ; l'autre est caché, ou mieux latent, c'est la disposition des nouvelles accouchées à certains états morbides généraux ou locaux. C'est surtout à ces derniers qu'on s'est attaché dans les débats de l'Académie ; on a trop peu insisté sur les tendances générales ou affectionnelles de la femme en couches. Il faut bien le reconnaître, c'est encore M. Bouillaud qui a été le plus explicite sur ces dispositions à des états morbides généraux ; voici ses propres paroles : « L'état puerpéral constitue une prédisposition morbide en général, et de plus une aptitude à certaines maladies particulières, soit locales (péritonite, métrite, etc.), soit générales ; de celles-ci est surtout la fièvre, en prenant ce terme dans son sens le plus vaste, et indépendamment de son point de départ. J'ajouterai que cette prédisposition ne porte pas seulement sur quelques organes spéciaux, mais sur l'économie tout entière, et surtout sur le sang et les nerfs, ces deux grandes conditions de la vie. C'est peut-être aussi à cet état mal défini qu'il faut attribuer, en partie du moins, la tendance à la suppuration, qui est si particulière à toutes les affections de la puerpéralité. »

Plusieurs auteurs ont signalé la facilité avec laquelle les femmes en couches sont atteintes d'affections bilioso-gastriques ; Stoll expliquait cette disposition en disant que la perte excessive de sang déterminée par l'accouchement faisait prédominer la diathèse bilieuse. « Cette explication de Stoll, dit Grimaud, ne peut s'appliquer qu'aux fièvres puerpérales qui sont véritablement bilieuses ; car on doit reconnaître, avec Stoll et la plupart des anciens, que le sang est vraiment le frein de la bile, et que, dans les vues de la nature, il est destiné à modérer et à prévenir l'exubérance de cette humeur. Cependant cette explication de Stoll n'est pas assez générale et ne paraît pas s'appliquer à la génération des fièvres puerpérales qui

sont phlogistiques. Or, quoique les fièvres de cette espèce soient assez rares, cependant elles sont possibles, et l'observation prouve qu'elles existent quelquefois. » Laissons de côté, si l'on veut, l'explication, et gardons la connaissance du fait ; elle nous rend compte des bienfaits du vomitif dans certaines épidémies, et notamment de ceux de l'ipécacuana qui ne débilite point comme le tartre stibié.

Les nouvelles accouchées, dans les pays humides et froids, sont fort disposées aux affections catarrhales ; la moindre imprudence peut faire naître chez elles une fièvre de cette nature. Cependant la disposition catarrhale nous paraît ici plutôt le résultat des circonstances ambiantes que celui de la puerpéralité; celle-ci, avons-nous vu, donne une tendance à la fièvre en général et, quand le génie de la constitution médicale se trouve catarrhal, il n'est point étonnant qu'une fièvre survenant pendant le temps des couches s'imprègne de ce génie. La plupart des fièvres miliaires puerpérales, dont on a rapporté diverses épidémies, se rattachent par leur nature à l'affection catarrhale, comme il est facile de s'en convaincre par l'étude des phénomènes et des crises de ces fièvres.

Le périodisme pernicieux est une des maladies qu'on remarque le plus souvent pendant le temps des couches. D'après notre observation dans un pays où les fièvres intermittentes sont inconnues, où aucun dégagement ne paraît avoir lieu, nous croyons pouvoir avancer que l'état puerpéral dispose par lui-même à l'affection périodique. Il nous a même semblé qu'on avait trop négligé de signaler cette tendance morbide, à la connaissance de laquelle nous attribuons bien des succès obtenus avec le sulfate de quinine. Les diverses fièvres des nouvelles accouchées se compliquent avec une extrême facilité du périodisme pernicieux, et celui-ci mérite ici la plus sérieuse attention, à cause de la subintrance fréquente des accès. Si l'administration du sel fébrifuge mérite d'être faite méthodiquement dans la fièvre intermittente ordinaire, elle doit être plus méthodique encore dans les circonstances qui nous intéressent.

Arrivons maintenant à l'objet principal de ces considérations, et occupons-nous de la suppression des lochies.

Sans contredit, il s'est trouvé des médecins beaucoup trop effrayés de ce dernier accident. Dans un ouvrage de la Collection hippocratique, *Sur la nature de l'enfant*, on trouve la phrase suivante : « Dans le cas où la purgation lochiale ne se fait pas, il en résulte une grave maladie et danger de mort, si la femme n'est pas soignée hâtivement, et si on ne ramène pas le flux. » Cette assertion, attribuée par les commentateurs à un hippocratique qu'on ne craint

pas d'appeler un observateur très-remarquable, a eu cours dans la science pendant très-longtemps; Boerhaave la tenait pour vraie; Mauriceau regardait la suppression des lochies comme l'accident le plus funeste qui pût survenir; enfin, un grand nombre d'accoucheurs célèbres ont eu à cet égard une pensée analogue.

Faut-il croire que ces hommes éminents se sont trompés au point de prendre l'exception pour la règle? Convient-il à un médecin de se tenir en sécurité devant une suspension prématurée des lochies, toutes les fois qu'il n'aperçoit pas simultanément une affection inflammatoire grave? Des auteurs modernes ont, en effet, avancé que cette dernière condition seule devait mettre le praticien en éveil relativement à ce qui nous occupe.

S'il nous fallait choisir entre les opinions extrêmes que nous venons de mentionner, nous n'hésiterions pas à opter pour la première et la plus ancienne. Il nous est permis, toutefois, de ne pas prendre comme règle absolue la formule employée dans l'ouvrage *Sur la nature de l'enfant*; les médecins célèbres qui l'ont tenue pour bonne connaissaient bien sans doute des faits exceptionnels semblables à ceux cités par Bartholin, de Haen, Fabrice de Hilden et une foule d'autres; d'après Grimaud, Galien lui-même ne tirait pas toujours un mauvais pronostic de la suppression des lochies. Loin de voir, dans les exemples où l'arrêt anormal de l'écoulement utérin n'a été suivi d'aucun fâcheux événement, une réfutation de la maxime hippocratique, nous les regardons, au contraire, comme sa confirmation, puisqu'ils ont été tous cités comme des exceptions; ils démontrent seulement que le précepte du livre d'Hippocrate est, comme tous ceux relatifs aux actes de notre économie, sujet à se trouver en opposition avec une plus ou moins grande quantité de faits.

Au reste, les nombreux auteurs qui nous ont conseillé une grande méfiance dans les circonstances dont il s'agit n'ont pas attribué à la suppression des lochies tous les accidents morbides puerpéraux concomitants; ils n'ont pu avoir cette pensée, ni vouloir qu'un pareil événement fût toujours une cause de la fièvre puerpérale, et jamais son effet. Leur supposer une telle opinion serait prétendre qu'ils n'ont jamais bien observé, et qu'ils ont négligé de noter les troubles morbides dont la suppression des lochies est parfois si ouvertement la conséquence. Ce qu'ils ont voulu exprimer se résume en ceci : L'arrêt intempestif de la purgation lochiale est très-susceptible de faire dégénérer un trouble passager en une grave maladie; cet événement, quelle que soit l'époque où il se produise, est tou-

jours une circonstance fâcheuse qui demande toute la sollicitude du médecin.

Hulme et Leake, dont Grimaud recommande la lecture et dont naguère quelques critiques ont invoqué l'autorité, avaient fait de nombreuses dissections à la suite de fièvres puerpérales; il était souvent arrivé à ces médecins de constater l'absence de lésions dans la matrice; ils en avaient conclu que la suppression des lochies était un accident moins grave qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, et que d'ailleurs il fallait voir là un effet et non une cause de la fièvre puerpérale.

Cette conclusion de Hulme et de Leake nous paraît au moins singulière. Est-on en droit de refuser une action pathogénétique à la suppression d'une fonction, par cela seul que l'organe chargé d'accomplir celle-ci est lui-même exempt d'altération? Ne voit-on pas chaque jour des suppressions de menstrues, la suspension d'un écoulement quelconque habituel, amener simplement des troubles généraux dans le système vivant, ou provoquer de sympathiques lésions dans des organes éloignés du lieu où se produisait le flux? Nous pourrions rapporter mille exemples curieux répondant affirmativement à ces interrogations; on nous pardonnera de mêler le suivant à nos considérations actuelles: « J'ai vu, dit Pujol, de Castres, un officier travaillé depuis six mois d'une dyssenterie cruelle, pour avoir laissé disparaître, à l'âge de quarante ans, un léger écoulement qui se faisait habituellement, depuis son enfance, derrière une de ses oreilles. La maladie, après avoir résisté opiniâtrément à tous les remèdes ordinaires, cessa tout à coup lorsque, ayant découvert la cause du mal par l'aveu même du malade, j'eus fait agir un vésicatoire dans le lieu de l'ancien suintement. Ce fait de pratique est de ceux qui m'ont le plus frappé depuis que j'exerce la médecine. »

L'écoulement des lochies, chacun se plaît à le reconnaître, est un acte fort important. Cela seul fait déjà penser que la suppression prématurée de ce flux peut souvent jeter un trouble grave dans l'économie; l'expérience des siècles a changé depuis longtemps cette présomption en vérité.

Nous reconnaissons volontiers que l'arrêt intempestif de la purgation lochiale doit être, bien souvent, regardé comme l'effet et non comme la cause des fièvres puerpérales. Cela est et doit être surtout ainsi quand ces fièvres règnent épidémiquement; la cause générale de la maladie s'adresse alors d'emblée aux forces de la vie, et le trouble ne survient que secondairement dans les fonctions uté-

rines. Dans les cas sporadiques, la suppression des lochies peut être simplement causée par une émotion brusque, par une impression de froid, et ouvrir ainsi elle-même la scène morbide qui se déroule ensuite d'une manière plus ou moins grave selon les temps, les lieux, les prédispositions du sujet et les soins dont il est l'objet.

Dans ces derniers cas, l'indication majeure est de rappeler le flux lochial par des moyens appropriés à l'ensemble des conditions. Quand, au contraire, la suppression est consécutive ou symptomatique, il faut s'occuper au plus vite de l'affection causale; toutefois, en pensant à cette dernière, il ne faut pas laisser dans l'oubli le dérangement des fonctions utérines. Nous avons pu quelquefois apprécier l'importance du rétablissement de ces fonctions au point de vue même du traitement de l'état morbide général; ainsi, certains accès de fièvre intermittente, que nous n'avions certes pas la prétention d'attribuer à la suppression des lochies, disparaissaient bien plus promptement sous l'action du spécifique, quand nous étions parvenu à ramener préalablement le flux supprimé.

Le sage auteur de l'article LOCHIES du *Dictionnaire des sciences médicales* fait remarquer avec raison qu'il est indispensable de considérer avec soin l'origine de la suppression qui nous occupe. Cet accident peut, en effet, dériver d'états généraux bien différents entre eux, et aussi de lésions locales diverses. Dans un cas, c'est un éréthisme général ou local; dans un autre, c'est une vive irritation, un état inflammatoire : ici, c'est la lésion commençante d'un organe voisin ou éloigné qui change la direction des mouvements fluxionnaires; là, c'est un vice de l'humour lochiale elle-même qui nuit à son excrétion. Tout cela peut exister, et on doit prêter attention à chacune de ces influences; mais souvent le meilleur moyen de mettre fin à ces dernières, d'empêcher leurs funestes conséquences, c'est de profiter de la voie ouverte par la nature aux crises, aux dérivations, aux dépurations, aux déplétions les plus simples et les plus calmantes. Au reste, tout en agissant dans ces derniers sens, on peut chercher à remédier à l'affection qui a amené la suppression des lochies. Toutes ces actions curatrices se prêtent un mutuel secours; c'est s'occuper déjà des unes que mettre en branle les autres.

Il ne faut donc pas craindre de le répéter : le rétablissement des lochies, convenablement provoqué, aide même à la guérison des diverses affections qui avaient causé la suppression de cet écoulement. Sans aucun doute, la prudence exige qu'on ne cherche pas à obtenir ce rétablissement par des moyens non appropriés à l'ensem-

ble des conditions, par des remèdes capables de porter à un plus haut point le mal primitif; ainsi, quand une vive irritation générale ou locale a occasionné l'arrêt du flux lochial, il faut éviter les médicaments excitants, contre l'abus desquels on s'est parfois élevé avec justice.

Nous avons à proposer un remède dépourvu de toute propriété irritante; il stimule les fonctions utérines qui président à l'écoulement des lochies d'une manière progressive, inoffensive, quoique promptement efficace. Avant d'arriver à lui, il nous reste encore à émettre quelques réflexions.

Pendant la puerpéralité, avons-nous dit, la voix de la nature pour les crises est clairement indiquée; c'est celle que suivent les lochies. Mais nous avons établi que la puerpéralité n'était pas la seule chose à considérer dans les maladies des femmes en couches que nous avons montrées exposées ainsi à diverses fièvres ou lésions de nature fort différente; chacune de ces lésions a ses crises spéciales, circonstance que le praticien ne saurait perdre de vue, tout en ayant gravées dans son esprit les tendances de la force médicatrice pendant l'époque puerpérale. C'est dire qu'il ne faut pas exciter le cours des lochies par des moyens capables d'empêcher ou d'interrompre les crises particulières de l'espèce de fièvre qu'on a à combattre; les fièvres catarrhales, par exemple, se jugent par des sueurs copieuses et générales qu'il serait imprudent de suspendre par l'administration de certains purgatifs ou d'autres remèdes poussant trop vivement les mouvements à l'intérieur. Dans des cas semblables, il est d'une bonne pratique de ne pas chercher à rappeler les menstrues ou les lochies supprimées au moment même où doit se produire la sueur; il vaut mieux profiter, pour agir, du temps de concentration, ou mieux de celui de la rémission. Au reste, un immense avantage du moyen que nous allons proposer est de ne pas s'opposer violemment aux divers efforts critiques qu'on peut chercher à provoquer dans le traitement des fièvres puerpérales diverses.

En 1857, nous publiâmes dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LII, p. 260 et 313) trois faits qui nous avaient donné l'espoir d'avoir trouvé dans la mille-feuille un bon remède pour rappeler les lochies supprimées. Dans un cas grave de fièvre pernicieuse puerpérale, nous ne pouvions obtenir le rétablissement de l'écoulement utérin par les moyens ordinaires, et nous administrions en vain contre des accès parfaitement dessinés le sulfate de quinine uni à la résine de quinquina. Comme, depuis quelque temps déjà, nous

nous servions assez efficacement de la mille-feuille pour rappeler les menstrues, nous eûmes la pensée d'essayer cette plante pour ramener les lochies. Notre essai fut des plus heureux, et nous eûmes l'avantage, après avoir mis fin à la suppression, de voir les accès céder très-bien au sulfate de quinine.

Depuis cette époque, nous n'avons cessé de poursuivre nos études à ce sujet et, de nos observations, nous croyons pouvoir tirer aujourd'hui cette conclusion : que la mille-feuille est encore plus efficace pour rétablir les lochies que pour ramener les menstrues. L'explication de ce fait nous semble, d'ailleurs, facile : l'efficacité d'un remède, dit-on dans tous les livres de clinique, dépend de son administration convenable et opportune ; or, l'époque puerpérale est certainement la plus opportune, la plus convenable pour le rétablissement du flux qui nous intéresse. Est-on dans des conditions aussi heureuses toutes les fois qu'on se propose de rappeler l'écoulement cataménial? N'essaye-t-on jamais de rétablir les règles sans savoir si l'occasion est propice, *an occasio præceps?*

Nous ordonnons la mille-feuille en forte infusion, ou plutôt nous laissons la fleur pendant un quart d'heure dans l'eau bouillante. Les effets de cette tisane ne se font pas attendre longtemps, et il nous est arrivé bien des fois de les voir se produire petit à petit, une demi-heure ou une heure après son administration. L'état général des sujets n'indique, pendant ce temps, aucune pénible excitation. Combien ce remède n'est-il pas préférable aux saignées locales ou générales, aux vésicatoires, aux injections diverses, parfois si désagréables aux femmes en couches !

Si la mille-feuille nous a constamment réussi jusqu'ici, gardons-nous de croire ce remède infaillible ; professer une telle opinion serait ne pas tenir compte de la contingence des actes vitaux, de l'infinie variété des conditions inhérentes à chaque cas morbide. Nous pensons pourtant que la mille-feuille est appelée à rendre de nombreux services dans les circonstances que nous avons indiquées.

Cette plante se trouve en abondance dans beaucoup de contrées ; les montagnes qui bornent au nord le département de l'Hérault en sont abondamment fournies. Néanmoins, on ne la trouve guère dans nos officines ; il nous est arrivé, après l'avoir prescrite, de voir des pharmaciens remettre des fleurs qu'ils jugeaient sans doute de nature analogue. Avec ces dernières, on ne pouvait évidemment obtenir les résultats que nous avons signalés et que nous allons achever de faire connaître en rapportant succinctement quelques-unes de nos observations.

Obs. I. Mme André B..., primipare, est au treizième jour après son accouchement, qui s'est très-bien fait. Ayant d'abord essayé de nourrir, puis ayant suspendu cet essai, elle a un engorgement laiteux au sein gauche, avec commencement de phlegmon. La physionomie de cette jeune dame est des plus souffrantes; depuis plusieurs jours ses nuits se passent sans sommeil; le pouls bat 100 pulsations, il est petit, vif; la chaleur est vive sur tout le corps. Étant dans cet état, elle est encore soumise à de vifs chagrins de famille, et elle pleure presque constamment. Les lochies sont complétement supprimées depuis un jour ou deux; l'abdomen est souple et à peine douloureux à la région inférieure par la pression; la langue est un peu sèche, rouge aux bords et à la pointe.

Pendant deux jours, nous nous contentons d'onctions huileuses et d'applications émollientes sur le sein, et nous prescrivons une diète peu sévère, ne voulant pas priver cette femme chétive de bouillons maigres et gras.

Le quinzième jour, l'irritation du sein gauche paraît presque stationnaire; elle a fait pourtant quelques progrès lents; ainsi la partie enflammée est plus luisante, plus rouge, et les douleurs sont plus lancinantes à certains moments; nous ne pouvons percevoir encore le moindre amas de pus. L'état général est un peu amélioré; il y a eu un peu de sommeil dans la nuit; le pouls est toujours fréquent et petit, la peau chaude. Les lochies restent supprimées.

Espérant amender l'état local et l'état général, en ramenant doucement le flux utérin, nous administrons le matin du quinzième jour la tisane de mille-feuille. Une demi-heure après le premier verre de décoction, la malade sent de nouveau couler les lochies. Ce retour a pendant deux jours une si heureuse influence sur l'état du sein, que nous avons l'espoir de voir se faire la résolution de l'engorgement inflammatoire. L'état général de la malade suivit l'amélioration apparente de l'état local; toutefois, notre espoir fut déçu : le vingtième jour, nous trouvâmes la formation d'un peu de pus, et le lendemain nous ouvrîmes avec la lancette un petit abcès, qui fut plus tard suivi de plusieurs autres, nonobstant l'écoulement des lochies, qui continua jusque vers le trentième jour très-modérément.

Obs. II. Le 22 février, la femme Augusta R..., primipare, épuisée par une longue diarrhée et des peines incessantes, mit au monde, après un accouchement fort pénible, un enfant des plus frêles. La troisième nuit de ses couches, cette femme, s'étant découverte pour donner à teter à son enfant, est prise d'un froid très-vif, avec tremblement général, à la suite duquel une douleur très-vive se déclare sous le sein droit. Le matin, à notre arrivée, nous la trouvons dans l'état suivant : facies grippé; gêne assez grande de la respiration; douleur vive au point signalé, ne permettant aucun mouvement brusque, et s'exaspérant d'abord par la pression de la main qui amène, au contraire, du soulagement quand elle est bien posée. L'auscultation ne dévoile aucune lésion dans l'intérieur du thorax. Le pouls est à 80 pulsations environ; la peau est sèche et chaude, la langue légèrement humide; l'abdomen souple et partout indo-

lore, excepté au point où se trouve la matrice, qui a encore un certain volume et est assez sensible à la pression. Les lochies sont complétement supprimées.

Les pleurodynies catarrhales existant presque à l'état épidémique dans le moment, et se terminant toutes, sans traitement actif, d'une manière heureuse, nous nous contentons de prescrire : des infusions béchiques chaudes ; des cataplasmes très-légèrement sinapisés aux mollets et puis aux cuisses ; un cataplasme émollient sur le bas-ventre ; l'application d'une tuile chaude sur le côté malade.

Sous l'influence de ces simples moyens, des sueurs peu abondantes s'établissent dans la soirée et apportent du soulagement. Le lendemain, les sueurs continuent et la douleur du côté ne se sent que par intervalles ou bien dans les grandes inspirations. L'auscultation ne dévoile absolument rien à l'intérieur. Les lochies n'ont pas reparu. L'abdomen ne présente aucun symptôme plus fâcheux.

Continuation des mêmes moyens.

Dans la nuit du 25 au 26, on nous appelle à cause d'un redoublement dans la douleur. A notre arrivée, nous ne trouvons pourtant pas l'oppression plus grande, ni l'état général plus mauvais. L'abdomen est toujours souple, quoique le bas-ventre soit un peu plus douloureux. Il ne s'échappe aucune espèce d'humeur par la vulve. Nous prescrivons un cataplasme laudanisé pour le côté, et une tasse de forte infusion de mille-feuillé.

A notre visite du matin, la malade nous montre des linges mouillés par un liquide épais, blanchâtre, coulant par la vulve ; c'est une heure environ après avoir pris la mille-feuille qu'elle a senti reparaître l'écoulement. Quant à la douleur du côté, voici à peu près les paroles de la malade : « Aussitôt que j'ai eu senti l'écoulement d'en bas, la douleur du côté a disparu comme par enchantement ; quelque temps après, pourtant, je l'ai encore éprouvée ; j'ai fait alors préparer une autre tasse de la même tisane, et, l'ayant prise, mon écoulement a été augmenté sensiblement ; depuis, je ne sens absolument rien du côté de la poitrine. »

Cette femme garda encore le lit plusieurs jours ; nous ne lui permîmes des aliments que progressivement ; le lait monta sans difficulté ni accident, quoique avec une fièvre assez vive ; les lochies coulaient encore modérément le dix-huitième jour après l'accouchement.

Obs. III. Augustine M... est une jeune femme bien portante, qui est accouchée, pour la première fois, le 9 juillet, d'un garçon bien ocnstitué. L'accouchement a été long, mais rien d'anormal n'a interrompu la marche naturelle de cet acte. Le 15 juillet au matin, après être sortie pour aller à l'église, par un temps très-chaud, Augustine M... se met devant sa croisée, à un vif courant d'air. Toute l'après-midi, elle sent des frissons ; le soir elle a de la chaleur, de la fièvre ; dans la nuit, le malaise est extrême, la soif vive, et il y a un délire léger, mais presque continuel, jusqu'au matin. On nous appelle à cinq heures, et nous trouvons : le pouls petit, un peu fréquent ; la peau moite ; la tête lourde et douloureuse à la région

frontale. La malade semble étourdie. L'abdomen est douloureux dans toute la région sous-ombilicale; les lochies sont entièrement supprimées, et tout annonce qu'elles le sont depuis la veille. Nous prescrivons : séjour au lit; bouillon d'orge et de pain; tisane de mauve pour boisson; et tout de suite : deux tasses d'infusion de mille-feuille.

Vers midi, nous revoyons la malade, qui se trouve assez bien; elle ne sent pas encore ses lochies couler; mais ayant, comme le matin, sur notre demande, passé un linge à la vulve, elle le retire tout imprégné d'un liquide blanc; à notre visite du soir, la malade sent bien l'écoulement, surtout quand son enfant est au sein.

Dans la nuit, nouvel accès de fièvre précédé de froid. On nous fait lever. La chaleur est extrême, le pouls très-fréquent, la peau brûlante et sèche, la soif excessive, le délire plus complet que la nuit dernière, mais avec des intervalles où la raison est entière. Le facies est rouge, vultueux. Les lochies ne cessent de couler, quoique lentement.

Vers deux heures du matin, une sueur abondante coule sur tout le corps; à huit heures, l'apyrexie est complète; nous administrons 1 gramme de sulfate de quinine en potion et en deux prises. Bouillon d'orge et de pain, tisane de mauve.

La nuit suivante, accès insignifiant, pas de délire. Le jour d'après, apyrexie complète; administration de 6 décigrammes de sulfate de quinine. Depuis, la malade a marché vers la guérison, qui ne s'est plus démentie.

Le 29 juillet, treize jours après le rétablissement des lochies, celles-ci coulent encore abondamment. A. Ronzier-Joly, D. M.
à Clermont-l'Hérault.

Exemple des bons effets du suc d'ail et du suc de citron dans les cas d'angine couenneuse.

Une faute s'est glissée dans le Répertoire du dernier numéro de votre journal, article *Angine couenneuse*. Permettez-moi, je vous prie, de vous l'indiquer. Page 328, ligne 2 : au lieu de *fébrifuge*, lisez *fébrigène*.

C'est en vertu de cette propriété *fébrigène* que l'ail, employé à l'intérieur, a pu produire les heureux effets que j'en ai obtenus dans l'angine couenneuse épidémique qui a régné à Boulogne.

Le cas le plus remarquable est celui d'une demoiselle Harrison, âgée de quinze ans, confiée aux soins de mon confrère, le docteur Perrochaud, et pour laquelle je fus appelé en consultation. On désespérait tout à fait de son état. Le gonflement de la gorge était extrême, tout le pharynx était recouvert d'une plaque couenneuse que le caustique n'avait fait que partiellement et momentanément diminuer; les fosses nasales étaient entreprises, et fournissaient une abondante sécrétion (signe presque toujours considéré comme si-

nistre dans l'épidémie de Boulogne); le pouls était petit, l'anxiété très-grande, les forces presque entièrement épuisées. Le collutoire citro-alliacé, la potion de même nature, le café, le bouillon, le vin, etc., furent immédiatement prescrits. Dès le premier jour, au soir, amélioration marquée ; le pouls se relève, se développe ; dans la nuit suivante, une diaphorèse modérée mais générale s'établit, les symptômes locaux s'améliorent, les plaques couenneuses se détachent graduellement, le gonflement du cou se dissipe peu à peu, la gorge et les fosses nasales se dégagent, et enfin la convalescence s'établit au bout de cinq jours de ce traitement.

J'ignore si M. Perrochaud a rapporté ou seulement mentionné ce fait dans le mémoire qu'il a adressé, comme médecin des épidémies, à l'Académie de médecine. Dans les rapports qui concernent les épidémies, on accorde généralement trop aux détails souvent minutieux de la marche collective de la maladie, à ses causes presque toujours obscures, et l'on oublie trop souvent les moyens de guérison ; on ne s'évertue guère en faveur de la thérapeutique. On fait des histoires de maladies, on néglige le but de la médecine qui est, autant que possible, de guérir : c'est là que doivent aboutir toutes les recherches. Sous ce rapport, votre journal a rendu d'éminents services.

CAZIN, D. M.
à Boulogne-sur-Mer.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la compression digitale comme traitement des anévrismes. — M. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Padoue, vient de communiquer à l'Académie des sciences une note que nous croyons devoir placer *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs. Les résultats remarquables que signale le chirurgien italien se multiplient au point de commander vivement l'attention des praticiens. Voici cette note.

Dans l'année 1772, Guattani, professeur de chirurgie à l'hôpital Saint-Esprit, à Rome, exprima l'opinion que les anévrismes externes pouvaient être guéris par la *compresion indirecte*, c'est-à-dire par la compression du vaisseau sur lequel la tumeur était située. De là de nombreux moyens de pratiquer cette compression, et ces moyens furent dus à des agents mécaniques. L'histoire apprend que, dans quelques cas rares (au nombre de dix ou douze dans presque

un siècle), ces moyens mécaniques furent aidés ou préparés dans leur application par l'emploi de la main ; mais, quelle que fût la grande assistance de ce moyen simple et naturel, on le considéra uniquement comme assistant, et nullement comme un agent unique et qui dût être employé d'emblée.

Cependant, ces agents mécaniques produisaient le plus souvent de funestes résultats ; trop souvent l'inflammation, la gangrène, vinrent compliquer l'opération par la compression indirecte au moyen des agents mécaniques... ; et cependant encore le chirurgien persista dans leur emploi, sans songer que la compression manuelle, qu'on avait quelquefois employée comme accessoire utile ou de substitution, était le seul moyen qui pût non-seulement guérir, mais encore guérir sans douleur et sans les dangers que font courir aux malades les agents mécaniques.

Pénétré de l'importance qu'il y a à éviter les douleurs inséparables des agents mécaniques, dès l'année 1843, époque à laquelle j'étais à Dublin, où je vis essayer les moyens mécaniques, je tentai d'ériger en méthode générale la compression indirecte par la *main seule* dans le traitement des anévrismes externes. Depuis lors, j'ai exprimé cette opinion dans mes cours ; en 1846, j'ai fait la première application de ce principe, qui resta sans succès, par des circonstances qui furent indépendantes du moyen que j'avais employé ; mais, en 1853, et plus particulièrement en 1855, j'en fis l'application heureuse sur deux malades, qui guérirent parfaitement sans autre moyen que la main.

Obs. I. Au mois de novembre 1853, je reçus, dans la clinique de l'université de Padoue, un maçon, âgé de vingt-huit ans, qui portait au jarret droit un anévrisme poplité de la grandeur d'une orange.

Je préparai le malade par le repos, la diète, le nitre ; je lui appris à se comprimer l'artère fémorale, et je lui ordonnai de se faire cette compression fréquemment chaque jour.

Après deux semaines, je procédai à la compression méthodique : elle fut faite d'une manière intermittente, sans gêner le malade ; mais chaque fois elle fut continuée au moins deux heures. La solidification de la tumeur était complète au bout de quarante-huit heures ; la tumeur disparut rapidement.

Ce maçon, qui guérit sans aucune douleur, sans aucun accident, se porte parfaitement bien depuis.

Obs. II. Un officier des chasseurs, âgé de vingt-huit ans, vint de Vicence me consulter pour un anévrisme de l'artère poplitée droite, grand comme un citron. La jambe était plus qu'à demi fléchie ; la claudication par conséquent était très-prononcée. Cela eut lieu

au mois d'octobre de l'année 1855. A cause des vacances, je ne pouvais pas le recevoir à la clinique de Padoue ; je lui appris à se comprimer lui-même l'artère fémorale, et je le priai de revenir dans un mois, époque à laquelle je pouvais le recevoir dans mon service. Il se fit la compression, et il revint à la fin de novembre. Son anévrisme avait diminué d'un tiers, il était beaucoup moins compressible ; sa solidification avait déjà manifestement commencé. Je chargeai mes élèves de faire une compression continue jusqu'au soir : elle fut commencée à midi précis, et avant cinq heures la tumeur était complétement solidifiée.

Cet officier est encore actuellement au service.

Obs. III. Une femme de trente-huit ans ressentit dans un des efforts de l'enfantement une vive douleur dans l'orbite gauche, et son œil fit saillie en dehors de l'orbite tous les jours davantage. Au cinquième jour, elle ne voyait plus de cet œil.

Au dix-septième jour, 4 juillet 1856, elle fut reçue dans la clinique oculistique de l'université de Padoue. Son aspect était effrayant, à cause de la propulsion presque complète de l'œil hors de l'orbite. On constata tous les symptômes d'un anévrisme de l'artère ophthalmique. On entreprit méthodiquement la compression manuelle de la carotide gauche ; mais on dut l'interrompre à chaque minute, car si on la prolongeait davantage, la malade tombait en défaillance. La compression fut reprise souvent dans la journée, sans trop gêner la malade.

Le lendemain, amélioration, diminution du bruit saccadé et fort incommode que la malade éprouvait dans l'oreille.

Au bout de quatre jours de compression intermittente et interrompue à des intervalles très-rapprochés, cessation des battements et du bruit anévrismal.

Les jours suivants, retrait graduel et complet de l'œil dans l'orbite, retour de la vision et de la santé la plus parfaite, dont cette malade continua à jouir depuis.

Obs. IV. Un homme portant un anévrisme variqueux au pli du coude, de la grandeur d'une noix, fut reçu à l'hôpital de Milan, dans le service du docteur Gherini, le 8 août 1857. On fit la compression manuelle de l'humérale, et on la suspendit après trois heures et demie ; ce temps écoulé, la tumeur était déjà solide, sans battements ni frémissements. La guérison ne se démentit pas.

Obs. V. Au mois de septembre 1857, un vitrier fut admis à l'hôpital de Vérone, dans le service du docteur Gelmi, pour un anévrisme de l'artère poplitée gauche. Les souffrances étaient si grandes, que le malade lui-même demandait l'opération.

On exerça la compression digitale chaque jour, tantôt pendant trois heures, tantôt pendant deux heures seulement. Dès le second jour, les douleurs ont diminué ; au quatrième, elles ont cessé, et les pulsations furent moins manifestes, la tumeur plus ferme ; au sixième, les battements devinrent imperceptibles ; au septième, quelques mouvements de la jambe furent possibles. On continua la compression une ou deux heures chaque jour, et au vingtième la

jambe revint à son état normal, ses mouvements devinrent parfaitement libres; on ne sentit plus qu'un noyau dur au centre du creux poplité.

Obs. VI. Au mois d'avril dernier, le professeur Riberi, qui m'avait promis d'essayer ma méthode à la première occasion, recevait dans son service à l'hôpital Saint-Jean, à Turin, un malade atteint d'anévrisme du tiers inférieur de la fémorale gauche, survenu après une chute faite d'une locomotive.

On suivit d'abord un traitement interne approprié aux complications existantes, et au bout de vingt jours on entreprit la compression de la fémorale.

Après deux heures de compression, les douleurs dans l'anévrisme, qui avant étaient atroces, avaient cessé, de même que les battements; après quatre heures de compression, la tumeur présentait une solidité remarquable.

On suspendit la compression, et, au cinquième jour, la tumeur était déjà en voie de décroissement rapide.

Obs. VII. Au mois d'avril 1858, une femme fut prise d'une fièvre violente avec congestion cérébrale. Au troisième accès de cette fièvre, l'œil gauche fut subitement propulsé en dehors de l'orbite, des battements considérables se firent sentir, et des bruits de souffle se firent entendre. Elle fut reçue à l'hôpital de Vérone le lendemain de l'accident. On diagnostiqua un anévrisme orbitaire prenant un développement subit.

On fit la compression manuelle de la carotide pendant cinq minutes; elle fut reprise cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.

Le dix-septième jour, après quarante minutes de compression, il n'y avait plus de saillie de l'œil, plus de bruit dans l'oreille et plus de battements.

Tels sont les cas sur lesquels j'ose m'appuyer pour émettre l'opinion que la *main seule* doit être employée comme méthode générale dans le traitement des anévrismes externes. Si, jusqu'à présent, les autres médecins auxquels on doit des exemples de réussite au moyen de la compression indirecte, manuelle, n'ont pas tenté, comme je le fais, d'ériger l'emploi unique de la main en méthode générale, c'est probablement par suite de l'idée exprimée dans différents écrits, que cette compression devait être trop longtemps continuée. Mais si l'on considère que, comme le prouvent nos observations, le temps nécessaire est infiniment moins long qu'on ne le supposait, que souvent il est très-court, que la compression doit être employée avec intermittence, qu'elle n'est ni dangereuse, ni douloureuse, on estimera qu'un moyen qui supprime, ou du moins atténue, une des maladies les plus graves, doit mériter l'intérêt de l'Académie.

Nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse par l'amputation des amygdales. — Lorsque l'angine couenneuse est à son début, et qu'il n'y a pas encore de fausses membranes dans le larynx ou dans les bronches, M. Bouchut n'hésite pas à proposer d'enrayer la marche de la maladie par l'excision des amygdales sur lesquelles l'affection est encore localisée. Voici l'analyse que donne le médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie des quatre observations consignées dans le mémoire qu'il vient d'adresser à l'Académie des sciences.

La première malade affectée d'angine couenneuse, à laquelle j'ai fait l'ablation des amygdales, se nommait Bellanger, et coucha le 8 janvier 1856 au nº 12 de la salle Sainte-Marguerite; c'était une fille de quatre ans, malade depuis trois jours, et traitée sans succès à l'hôpital, dans mon service, par des vomitifs et des cautérisations d'acide chlorhydrique. Après une amélioration momentanée, les fausses membranes reparurent sur les amygdales hypertrophiées, en même temps que la fièvre, le gonflement des ganglions cervicaux et un coryza ulcéreux. L'enfant étouffait, et chaque quinte de toux était accompagnée d'un violent accès de suffocation; on entendait à peine du murmure vésiculaire dans la poitrine, ce que j'attribuai à l'obstacle situé à l'ouverture du larynx. Craignant l'asphyxie au moment d'un accès de suffocation, je me demandai s'il ne valait pas mieux enlever une amygdale pour donner passage à l'air, que de laisser périr l'enfant ou de lui faire la trachéotomie. Bien que le premier de ces moyens renfermât quelque chose d'inconnu et n'eût pas de précédents semblables, je me décidai à y recourir. La nécessité m'en faisait une loi, et l'enfant fut immédiatement soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction de fausses membranes, et la guérison eut lieu au bout de quelques jours.

La seconde observation est celle d'une petite fille de dix ans, nommée Lucas, entrée le 19 décembre 1857, et dont l'angine couenneuse était limitée aux amygdales et à la luette. Ses glandes étaient énormes et se touchaient par la face interne.

Sur elles s'appuyait la luette, entourée de toutes parts d'une fausse membrane épaisse, grisâtre, résistante. La déglutition était très-difficile et l'hématose gravement atteinte.

Toute respiration vésiculaire avait cessé, et l'oreille, sur la poitrine, n'entendait que la transmission des sons laryngés. Aussitôt après l'amputation des amygdales, le murmure vésiculaire se fit entendre, ce qui annonçait la perméabilité du poumon, et l'enfant parut très-soulagée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction ni d'extension des fausses membranes, et avec des vomitifs et des lotions répétées de glycérine dans le pharynx la guérison eut lieu au bout de vingt jours.

Le sujet de la troisième observation est une jeune fille nommée Bellard, entrée le 26 juin 1858, âgée de treize ans, et affectée à la fois d'angine couenneuse, de gangrène d'une amygdale et de gangrène de la luette. Arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie mé-

diocre de l'amygdale droite et un gonflement énorme de l'amygdale gauche, accompagnés d'une tuméfaction sous-maxillaire correspondante, elle avait la luette, les piliers du voile du palais et les deux amygdales couvertes de fausses membranes grisâtres assez épaisses. L'amygdale du côté gauche offrait, en outre, une escarre noire parfaitement distincte, donnant à l'haleine une odeur gangréneuse extrêmement fétide. L'amputation fut faite à gauche, seulement là où existaient les fausses membranes et du sphacèle. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de reproduction couenneuse sur la surface coupée, qui offrit pendant quelques jours l'aspect d'une plaie ordinaire couverte de bourgeons charnus purulents.

Une large fausse membrane fut extraite du pilier antérieur du voile du palais à gauche; le sphacèle fit tomber l'extrémité de la luette, qui fut ainsi raccourcie de moitié; une nouvelle escarre fut enlevée avec le reste de l'amygdale gauche, et au bout de quelques jours je trouvais l'enfant en convalescence. Quinze jours après, elle sortait de l'hôpital parfaitement guérie. L'amputation et l'usage consécutif du chlorate de potasse avaient favorisé ce résultat.

La quatrième observation est relative à une nommée Gutte, entrée le 25 septembre 1858.

C'est une jeune fille de huit ans, arrivée à l'hôpital avec une hypertrophie énorme des amygdales, qui se touchaient par leur face interne, et qui étaient, ainsi que la luette, recouvertes d'épaisses fausses membranes blanchâtres. La déglutition était impossible et la voix gutturale à peu près éteinte. Il y avait une fièvre très-vive et un engorgement considérable des ganglions et du tissu cellulaire du cou. La respiration était extrêmement difficile, et on entendait à peine le murmure vésiculaire.

L'amputation fut faite incomplétement à droite, complétement à gauche, et la moitié de la luette tomba sous l'instrument. Pendant trois jours, des gargarismes de glycérine furent mis en usage, puis on les remplaça par un gargarisme de chlorate de potasse, et l'enfant sortait de l'hôpital au bout de huit jours. La plaie résultant de l'amputation des amygdales avait présenté tous les caractères d'une plaie simple, et il ne se reproduisit pas de nouvelles fausses membranes. C'est une malade que mon collègue, M. Empis, a pu suivre avec moi.

Ces faits, qui sont pour M. Bouchut le point de départ d'une théorie nouvelle de la nature des angines couenneuses, se terminent par les sept conclusions suivantes : 1° L'angine couenneuse est une maladie primitivement locale, susceptible de se généraliser en infectant l'organisme; 2° l'angine couenneuse, à son début, peut être arrêtée dans sa marche progressive envahissante par l'ablation des amygdales, et cette méthode constitue un moyen préventif du croup; 3° l'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse est absolument nécessaire lorsque ces glandes sont assez fortement tuméfiées pour faire obstacle à l'hématose, et lorsque le murmure vésicu-

laire respiratoire, extrêmement affaibli, se fait à peine entendre ; 4° il n'y pas lieu de craindre la reproduction de fausses membranes sur la plaie des amygdales, et la nature du mal ne contre-indique pas l'opération ; 5° cette amputation n'amène pas d'hémorrhagie, et elle produit une petite saignée locale dont les résultats sont plus avantageux que nuisibles ; 6° la plaie des amygdales se guérit, dans ce cas, à la manière des plaies simples, après une suppuration de quelques jours ; 7° pour réussir, cette méthode ne doit être employée que dans le cas où l'angine couenneuse existe seule et sans complication de fausses membranes dans le larynx.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Alimentation iodée *comme moyen préventif et curatif dans toutes les maladies où l'iode est employé à l'intérieur.* Tout le mondo sait que l'iode est un des corps les plus répandus dans la nature et les plus utiles pour la thérapeutique ; mais on sait aussi que ce métalloïde n'est pas seulement un médicament, mais aussi un aliment indispensable à l'existence, ainsi que le témoignent les travaux récents, qui ont fait constater son existence, en plus ou moins grande quantité, suivant les contrées, dans l'air, le sol, les eaux et les produits alimentaires. Se fondant sur ce fait, et considérant surtout que les contrées où l'iode manque sont celles où l'on observe le goître, le crétinisme, les scrofules, les constitutions lymphatiques, la phthisie, en un mot, toutes les maladies qui dépendent de la débilité générale, M. Boinet a pensé que l'usage habituel de l'iode pourrait empêcher le développement de ces maladies ; mais il fallait éviter les effets irritants de la plupart des préparations iodées. Do là l'idée d'administrer l'iode tel qu'on le trouve dans la nature, combiné avec les plantes, qui en contiennent en plus grande quantité. Employé ainsi, à faibles doses, d'une manière presque insensible, mais continue, l'iode lui a paru avoir des effets très-avantageux, sans causer aucun trouble dans les fonctions digestives, comme il arrive trop souvent lorsqu'on administre les préparations iodiques telles que la pharmacie les prépare.

Les substances que M. Boinet a employées de préférence sont les fucus, les crucifères et certains sels iodifères, ainsi que quelques eaux iodées naturelles, ces diverses substances pouvant être associées facilement aux aliments et aux boissons.

Voici en quels termes M. Boinet expose les résultats de ses expériences. Il a choisi des sujets gravement atteints de dégénérescence strumeuse et offrant toutes les variétés de scrofules, ophthalmies, ulcères, maladies de la peau, glandes, carie des os, tumeurs blanches, etc., et, dans la grande majorité des cas, la guérison a eu lieu après l'usage, pendant plusieurs mois, d'une alimentation iodée continue. Tous les individus soumis à cette alimentation, et sans autre médication, soit générale soit locale, en ont retiré, dit M. Boinet, des effets très-avantageux, et ont vu disparaître assez promptement toutes les manifestations scrofuleuses dont ils étaient entachés. Il a constaté, en outre, que cette alimentation n'a donné lieu à aucun accident, qu'elle ne produit ni sensation désagréable au goût, ni douleurs gastralgiques.

M. Boinet, allant au-devant du reproche que l'on a fait à l'usage prolongé de l'iode, de produire l'atrophie de certaines organes, s'est efforcé de démontrer que l'iode n'avait les inconvénients qu'on lui a reprochés que lorsqu'il était administré à l'état métalloïde et à haute dose, ou sans dissolvant. En administrant une préparation iodée qui ne laisse pas précipiter l'iode, non-seulement, dit-il, tous les accidents reprochés à l'usage de l'iode n'ont pas lieu, mais, bien au contraire, tous les individus qui y sont

soumis acquièrent de l'appétit et de l'embonpoint, et chez les jeunes filles se manifestent la coloration du teint, l'apparition des règles et le développement des seins.

L'objection que M. Boinet avait prévue, et qu'il s'était attaché à combattre d'avance, a été formulée depuis, en effet, par un médecin dont le nom fait justement autorité, par M. Rilliet, de Genève. La médication préconisée par M. Boinet, ou tout au moins une médication fort analogue, avait été mise en pratique, à son insu, dans la terre classique du goître et des scrofules; d'où il résulte que l'expérience en était déjà en partie faite. Or voici, d'après M. Rilliet, quels en auraient été les résultats.

Ayant soumis plusieurs personnes de sa clientèle à un régime dans lequel tous les aliments étaient préparés avec un mélange d'hydriodate de potasse et de chlorure de sodium, dans la proportion de 1 partie pour 10,000, d'après la méthode proposée par M. Grange, M. Rilliet a observé sur plusieurs d'entre elles des symptômes morbides d'un ordre tout particulier et tout à fait analogues à ceux qu'il avait observés sur des malades soumis à une médication iodée prolongée. Il a conclu de ces observations, qu'il serait trop long de rapporter ici, que l'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, qu'il soit mêlé à l'eau, à l'air ou aux aliments, n'est pas toujours sans danger, que l'intoxication iodique est même peut-être plus à redouter quand la médication est donnée à petite dose qu'à grande dose, et comme préventif que comme curatif d'une diathèse localisée et confirmée; enfin, que cette intoxication, tout à fait exceptionnelle dans l'enfance, rare dans l'âge adulte, est d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. La conséquence de ces observations est qu'on ne saurait surveiller trop attentivement l'administration de l'iode chez les personnes âgées de plus de quarante ans, et qu'il faut en suspendre l'usage à l'apparition des premiers symptômes de saturation.

Nous n'oserions pas affirmer que les faits que M. Rilliet rapporte comme des exemples du danger que peut avoir l'administration des préparations iodées sous forme alimentaire aient été d'avance et complétement réfutés par M. Boinet; mais il est certain qu'en comparant la manière de procéder de M. Boinet à celle de M. Rilliet, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la première, qui consiste à donner autant que possible l'iode tel que le présente la nature ou dans des combinaisons qui en approchent le plus possible, semble devoir rester à l'abri de toute objection. C'est là, du reste, une question d'expérience pratique. Les expérimentateurs qui voudront se fixer sur la valeur de cette médication feront bien de suivre les indications de M. Boinet, tout en ne perdant pas de vue les dangers signalés par M. Rilliet. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, octobre.)

Blépharite glandulo-ciliaire. *Son traitement par l'avulsion des cils.* Dans le traitement de certaines affections des bords libres des paupières, l'avulsion des cils constitue une ressource réelle qu'on néglige trop souvent; mais est-ce à dire qu'elle ne soit jamais mise en œuvre? Quoi qu'en dise M. le docteur Cramoisy, nous ne le pensons pas. Nous laisserons de côté la prétention de l'auteur à l'honneur d'avoir découvert le traitement de la blépharite glandulo-ciliaire par l'épilation, et nous contesterons même la valeur de l'avulsion des cils comme traitement radical. Que cette pratique constitue un des moyens les plus importants, nous le confessons; mais qu'elle suffise à elle seule pour triompher de l'affection, c'est ce que nous ne saurions admettre. L'avulsion des cils est à la blépharite ce que l'épilation des cheveux est à la teigne; or, dans l'une comme dans l'autre affection, ce moyen constitue seulement un des temps du traitement. Voici en quels termes M. Cramoisy décrit le procédé. L'avulsion des cils se fait à l'aide de pinces à épiler et même de pinces de trousse ordinaires. Il faut autant que possible n'arracher qu'un cil à la fois, et laisser passer la douleur avant d'en arracher un autre. Quand le bord libre de toute la paupière est malade, le mieux est de tout arracher, et, pour éviter une aussi longue douleur, on accomplit cette opération en plusieurs séances. Les cils, ajoute M. Cramoisy, repoussent aussi beaux qu'auparavant, quelquefois même plus beaux. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, septembre.)

Electricité. *Son utilité dans les métrorrhagies accidentelles.* On sait que cet agent a été mis en usage dans le but de déterminer les contractions de l'utérus ou d'exciter sa vi-

talité. Cette propriété, qu'il possède à un haut degré, fait de ce moyen un excellent emménagogue. Nous avons eu tout récemment l'occasion de constater son efficacité à cet égard Ayant été consulté pour une jeune fille atteinte de pied bot valgus] survenu à la suite d'une attaque de rhumatisme et qui, depuis six mois, n'avait point vu ses règles, nous pratiquâmes l'électrisation localisée des muscles de la jambe. Par le seul fait de l'action dynamique générale exercée sur toute l'économie par l'électricité, les règles revinrent après la troisième séance. Mais comme la même action, suivant les conditions différentes dans lesquelles se trouve l'organisme, peut souvent être utilisée dans des buts en apparence très-différents, on a pu recourir aussi avec avantage à ce moyen pour combattre les métrorrhagies en portant son action sur l'utérus. Voici un exemple de l'utilité de cette application.

Le 28 octobre, M. Stofford fut appelé par un de ses collègues pour voir une femme en travail qui avait perdu une grande quantité de sang ; elle était extrêmement affaiblie et son pouls à peine perceptible. L'orifice utérin était de la dimension d'un écu, très-dur ; les membranes étaient rompues depuis quelques heures ; il n'y avait plus de douleur ; en promenant le doigt circulairement, on ne sentait pas le placenta. Deux doses d'ergot avaient été administrées sans résultat. On se décida à recourir au galvanisme. Une série de secousses électriques furent dirigées à travers l'utérus et les parois abdominales. Au bout de quelques minutes, des contractions se produisirent, la tête descendit assez pour permettre une application du forceps, et, malgré l'état alarmant de la malade, tout se termina heureusement. — Après la délivrance, l'utérus revint sur lui-même, et il n'y eut plus d'hémorrhagie. Des stimulants et de l'opium rétablirent les forces. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Paris*, septembre.)

Fer *réduit par le charbon ; expériences cliniques.* Cette nouvelle préparation, proposée par M. Henry, pharmacien à Giromagny (Haut-Rhin), est un mélange intime de fer métallique et de charbon, obtenu par la calcination d'un sel organique de fer, le pyrolignite de fer. Le sel, pris à l'état liquide, est évaporé à siccité à un feu doux, puis le résidu est calciné au rouge sombre. Le produit définitif est un charbon poreux, léger, impalpable, non pyrophorique, dont la composition est uniforme lorsque l'opération a été conduite convenablement. La grande ténuité et le peu de densité de la poudre carbo-ferrique rendent facile sa suspension dans les liquides, au fond desquels elle ne se précipite pas, comme le fer réduit par l'hydrogène. La présence d'une notable quantité de charbon a pour avantage de rendre le produit plus spongieux, plus absorbant, de faciliter ainsi le contact des particules ferriques avec les liquides de l'estomac, et de prévenir par une action spéciale, analogue à celle du charbon de Belloc, les tiraillements d'estomac que déterminent quelquefois les préparations ferrugineuses.

L'expérimentation clinique faite par M. le docteur Benoît, médecin cantonal à Giromagny, est venue confirmer l'efficacité du nouveau produit, ainsi que l'avait rationnellement pressenti M. Henry, d'après sa composition chimique. Voici les conclusions que ce praticien a formulées d'après ses observations.

Le fer réduit par le charbon, à la dose de 10 à 15 centigrammes, trois fois par jour, a toute l'efficacité des meilleures préparations ferrugineuses. Parfaitement supporté, il n'a jamais donné lieu à la constipation, ni aux exacerbations dyspeptiques que déterminent si souvent les préparations solubles, et il jouit cependant d'une activité beaucoup plus grande que les préparations insolubles par lesquelles on est souvent obligé de commencer l'administration des ferrugineux. La durée moyenne du traitement de quarante-trois chloroses franches a été de vingt-deux jours, et la quantité moyenne de médicament administré a été de 11 grammes. L'efficacité de ce produit, sa facile préparation et la modicité de son prix le recommandent donc aux praticiens, surtout dans la médecine des pauvres. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, septembre.)

Grossesses tardives ; *des indications qu'elles présentent.* Dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine, un de ses lauréats, M. Silbert (d'Aix) rapporte trois observations de grossesses tardives, desquelles il semble résulter que l'éloignement de l'époque de la parturition, au lieu de devoir sa cause à la faiblesse du fœtus, ainsi que cela est généralement admis, résulterait au

contraire, dans la très-grande majorité des cas, de son développement exagéré. On comprend dès lors que son expulsion devient pour lui et pour la mère une source de dangers, et c'est à ce point que, sur vingt et un cas de dystocie par oxcès de volume recueillis par M. Jacquemier, huit femmes seulement ont survécu. M. Silbert pense qu'en présence de ces faits, l'indication de l'accouchement prématuré est formelle. L'objection la plus sérieuse qu'on puisse faire à cette pratique, c'est l'incertitude de l'époque à laquelle il faut opérer; mais l'accoucheur rencontrera toujours dans les antécédents et dans l'examen des organes génitaux et des diverses fonctions des éléments suffisants pour ne pas agir à l'aveugle. L'importance du fait que signale notre confrère d'Aix et le zèle bien connu du rapporteur auquel la savante Compagnie a renvoyé l'examen de ce travail nous sont garants qu'une discussion prochaine viendra établir la limite de l'intervention de l'art dans ces cas. Ce sera pour nous l'occasion de revenir sur la valeur de la conclusion pratique formulée par l'auteur. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, septembre.)

Hydropisies (*Effets remarquables du grateron dans les*). Encore une plante expulsée de la thérapeutique, et qu'il convient d'y réintégrer pour l'ajouter à ces nombreux agents qui peuvent être employés dans les hydropisies. Ces maladies sont, en effet, celles pour le traitement desquelles on ne saurait compter trop de moyens, et l'expérience a si souvent montré efficaces, dans des cas donnés, des moyens dont on ne soupçonnait pas l'activité, que le vrai praticien ne doit pas dédaigner même les plus obscurs de ces agents médicamenteux.

Le grateron possède une action diurétique, puissante et durable; c'est à cette action que doit être évidemment rapportée son efficacité dans certaines hydropisies. M. Cazin, qui propose de revenir à l'emploi du grateron, fait connaître trois cas de succès. Dans le premier cas, anasarque aiguë, sans albuminurie et sans fièvre, survenue à la suite d'un refroidissement chez une femme de cinquante-sept ans, convalescente d'une fièvre tierce. M. Cazin prescrit la décoction de deux à trois poignées de grateron fraîchement cueilli dans 1 litre et demi d'eau réduite à 1 litre, à prendre chaque jour par tasses. Dès le lendemain, augmentation considérable de la sécrétion urinaire, arrivant peu à peu jusqu'à 5 ou 6 litres dans les vingt-quatre heures. La continuation de la tisane entretient cette diurèse, dissipe rapidement l'infiltration, et amène une guérison complète au bout de huit jours. Dans le douxième cas, anasarque albuminurique, suite de scarlatine, survenue après un refroidissement chez une jeune fille de dix-huit ans, habituellement bien portante. Après quatre jours d'un traitement infructueux par l'infusion de sureau, l'acétate d'ammoniaque et le sirop des cinq racines, M. Cazin prescrivit la décoction concentrée de grateron, avec addition de sirop des cinq racines, à prendre tiède et par tasses d'heure en heure. Diurèse extrêmement abondante; l'anasarque a disparu après huit jours; urines de moins en moins albumineuses, et rétablissement complet en quelques jours. Dans le troisième cas, hydrothorax et anasarque durant depuis trois semaines, chez un homme de soixante-quatre ans, préalablement atteint d'affection du cœur; la décoction concentrée de grateron détermine une diurèse très-abondante : augmentation très-notable le lendemain. Le troisième jour, trois litres d'urine, le quatrième, près de quatre litres; le cinquième, un demi-litre de plus que la veille. Sous l'influence non interrompue de ce médicament, la sécrétion abondante d'urine se maintient, l'oppression et les autres symptômes se dissipent à mesure que l'infiltration séreuse disparaît, et au bout de quinze jours le malade entre en convalescence. Cette guérison, qui date de trois ans, ne s'est pas démentie.

Luxation *unilatérale de la troisième vertèbre cervicale; réduction au quatrième jour; guérison*. Le 7 juillet 1858, entre à l'Hôtel-Dieu une fille de dix-huit ans, qui trois jours auparavant avait fait une chute d'un quatrième étage. Après un évanouissement qui dura quelques heures, on constata ce qui suit : immobilité de la moitié droite du corps, résolution musculaire complète du bras avec conservation de la sensibilité; le côté gauche paraît sain, et pourtant la malade y accuse des douleurs assez vives. Nulle part on ne trouve de traces de contusion. La face est inclinée et tournée à droite. Les traits sont d'ailleurs réguliers, sans aucune déviation. Si l'on essaye de tourner la tête à gauche, on n'y parvient pas et l'on détermine de

vives douleurs. Les mouvements respiratoires sont très-fréquents (54). Les muscles du cou se contractent spasmodiquement et le thorax s'élève tout d'une pièce. L'abdomen, au lieu de bomber, s'affaisse à chaque inspiration. Vive douleur à l'épigastre; voix enrouée, un peu étouffée, haletante, interrompue par les efforts d'inspiration. Le pouls reste cependant assez calme. Il n'y a ni incontinence, ni rétention d'urine ou des matières fécales.

En explorant tout le long du rachis, la main sent, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, une saillie aiguë, dure, immobile, au-dessous de laquelle est une dépression. Cette éminence est un peu plus saillante à droite; le toucher n'y provoque aucune crépitation. Le doigt indicateur porté dans le pharynx y constate une tuméfaction dure, située immédiatement en arrière du voile du palais, formant une saillie anguleuse transversale, au-dessous de laquelle se trouve une dépression brusque, qui se continue avec la face antérieure du rachis.

D'après ces symptômes, on diagnostiqua une luxation unilatérale de la troisième vertèbre cervicale, avec lésion probable de la moelle au-dessus de l'origine des nerfs phréniques et particulièrement dans son faisceau antéro-latéral droit.

Se fondant sur les cas de réduction que la science possède, on tenta la réduction. Voici de quelle manière.

La malade étant couchée tout à fait horizontalement, un aide exerça sur la tête une traction suivant l'axe du corps et ramena peu à peu la face en avant. M. Gellé, interne de l'Hôtel-Dieu, qui a rapporté ce fait, plaça la main gauche sur l'apophyse épineuse de la vertèbre déplacée, pendant que l'indicateur de la main droite, introduit dans le pharynx, pressait sur la saillie formée par le corps de la vertèbre luxée. Cette dernière manœuvre fut de courte durée, à cause de la gêne de la respiration. Elle fut répétée trois fois de suite sans secousse et sans violence. Chaque fois la malade affirma qu'elle respirait plus facilement. La parole était en effet plus facile et mieux articulée; la déglutition s'effectuait mieux; la douleur de l'épigastre diminuait.

Bien qu'aucun bruit, aucun ressaut n'eût été entendu, annonçant la restitution à ses rapports normaux de l'os déplacé, on ne crut pas moins devoir faire de nouvelles tentatives. La malade, très-soulagée, resta toute la nuit sur son lit, immobile dans la position horizontale.

Le lendemain matin, l'hémiplégie du mouvement avait tout à fait disparu, les mouvements de rotation de la tête s'exécutaient volontairement et sans douleur; la respiration, revenue presque au type normal, ne se faisait plus exclusivement par la partie supérieure du thorax. La parole était nette, la déglutition aisée. Enfin, le lendemain, les troubles fonctionnels avaient complétement disparu et il ne restait plus aucune trace de l'accident. La jeune malade sortit de l'hôpital. (*Gaz. hebdom.*, septembre.)

Opium à hautes doses *dans le traitement des plaies intéressant le péritoine et les intestins.* On sait que c'est à Graves que l'on doit la précieuse médication de l'opium à haute dose dans les cas de lésions graves des intestins et du péritoine. Ce grand praticien ayant eu l'occasion par hasard d'observer une guérison de péritonite des plus graves, par suite du calme général procuré par une forte dose d'opium, ne perdit pas cette observation, et ce fait devint pour lui l'indication d'une méthode régulière qui a donné depuis des guérisons inespérées. M. le docteur Henley Thorp rapporte trois observations de plaies de l'abdomen avec issue des intestins dans lesquelles cette médication a été couronnée de succès. L'auteur fait suivre ces observations de remarques relatives à la conduite à tenir dans les cas de ce genre, et notamment après une opération de herniotomie. Il blâme l'emploi des laxatifs, du calomel même, si souverain dans les affections des séreuses, immédiatement après une opération de hernie étranglée, à moins qu'il n'y ait prédominance incontestable de paresse et d'atonie. Dans la généralité des cas, l'immobilité, pendant quelques jours, de tous les organes intra-abdominaux est de rigueur, et l'opium administré largement, jusqu'à 15 et 20 centigrammes par jour, la procure sûrement. Lorsqu'il y a lieu de penser que la cicatrisation péritonéale est obtenue, alors seulement il doit être permis de donner quelques laxatifs ou des aliments solides. Ces remarques se recommandent d'elles-mêmes à l'attention des praticiens. (*Dublin Hosp. Gaz.*, et *Gaz. méd.*, octobre.)

Syphilis *chez les femmes enceintes. Traitement par le proto-iodure de*

mercure. « Traiter la syphilis chez la femme enceinte comme chez tout autre sujet, soit qu'il s'agisse de symptômes primitifs, soit surtout et à plus forte raison qu'il s'agisse de phénomènes consécutifs, voilà la règle. » Ainsi s'exprimait dans le *Bulletin de Thérapeutique* (année 1851, t. XLI, p. 442) M. Gibert, dont tout le monde connaît la compétence en syphilographie. Cette proposition était énoncée à propos d'une question qui a été longtemps le sujet de vives contradictions, savoir : si les femmes enceintes affectées de syphilis doivent ou non être traitées par les préparations mercurielles. Les opinions sont encore partagées aujourd'hui sur ce point de pratique. Tandis que M. Ricord, en cela du même avis que M. Gibert, enseigne que le temps de la grossesse, loin de s'opposer à ce que des soins énergiques soient donnés, exige encore plus de promptitude et d'activité dans ces soins, les auteurs du *Traité de Thérapeutique* considèrent le traitement mercuriel comme dangereux pour le fœtus et pour la mère elle-même, qu'elle expose à l'avortement. M. le docteur Eugène Bertin, médecin adjoint de l'hôpital des vénériens de Nancy, a été témoin dans son service d'un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de la première de ces propositions.

Sur deux cent vingt-deux femmes syphilitiques traitées dans cet hôpital pendant une période annuelle, onze étaient enceintes. Sur ces onze malades, huit sont accouchées à terme d'enfants vivants, qui ont vu, pendant leur séjour à l'hôpital, leur grossesse suivre son cours naturel. L'une d'elles même suivit, pendant qu'elle était enceinte, deux traitements mercuriels, et n'en ressentit aucun accident. Trois sont accouchées prématurément, et ces trois cas sembleraient au premier abord témoigner contre la proposition. Mais l'analyse des circonstances particulières dans lesquelles se sont trouvées ces trois malades montre que c'est à de tout autres causes qu'au mercure qu'il faut attribuer l'avortement. Ainsi l'une de ces malades est accouchée d'un enfant mort depuis longtemps en putréfaction, dont les mouvements avaient cessé de se faire sentir avant l'entrée de la mère à l'hôpital. La deuxième malade avait déjà eu deux fausses couches avant d'avoir contracté la maladie vénérienne ; la troisième fausse couche a eu lieu probablement sous la même influence que les deux autres. Enfin, la dernière malade mit au monde un enfant de sept mois, vivant, sur lequel, par conséquent, le mercure n'avait pu agir d'une manière fatale.

En admettant même comme douteux, sous le point de vue de l'influence du mercure, ces trois derniers faits, il resterait huit cas sur onze, qui suffiraient déjà pour faire considérer comme très-peu probable l'influence délétère pour le fœtus attribuée au traitement mercuriel. (*Gaz. méd. de Paris*, octobre.)

Utérus (*Traitement des occlusions partielles du col de l'*) *par des tentes de gentiane.* Aux instruments dilatateurs conseillés en ces dernières années, M. Aveling préfère de beaucoup les tentes en gentiane qui constituent un moyen simple, efficace et peu coûteux. On taille un morceau de racine de gentiane, de manière à lui donner une forme et des dimensions appropriées à celle de la cavité du col utérin, dont on a d'abord reconnu l'état par le cathétérisme. La tente, qui doit être assez longue pour dépasser l'orifice interne, peut être introduite à l'aide de pinces à pansements, sans avoir recours au spéculum. En s'imbibant des mucosités sécrétées par le col, elle se gonfle et exerce ainsi sur le canal une pression excentrique graduelle. Au bout de vingt-quatre heures, on la retire à l'aide d'un fil fixé d'avance à son extrémité inférieure, et on la remplace par une tente plus forte. L'écoulement qui s'établit emprunte à la racine une couleur brunâtre ; on la modère par des injections tièdes répétées. L'auteur dit avoir employé avec avantage ce procédé dans les cas de dysménorrhée et d'infécondité, liées à des rétrécissements du col. Dans les cas où le rétrécissement tendrait à se produire, M. Aveling propose d'assurer la guérison par l'usage des pessaires à tige intra-utérine de M. Simpson. — Il y a quelques années, à l'époque où le savant professeur d'Edimbourg conseillait l'usage de tentes en éponges pour combattre les rétrécissements du col, nous avons eu l'occasion de rappeler l'emploi fait depuis longues années par M. Bretonneau de tentes en racine de guimauve. Le choix de cette racine avait été suggéré au savant médecin de Tours par les accidents redoutables qui suivent quelquefois les tentatives de cathétérisme de l'utérus, et, afin de produire une action traumatique le moins énergique possible, il avait cru

devoir donner la préférence à la racine de guimauve. Une longue expérience est venue, nous a-t-il dit, sanctionner cette pratique, comme traitement de la dysménorrhée mécanique. L'astringence de la gentiane donne-t-elle aux tentes fabriquées avec cette racine une puissance plus considérable ? A l'expérimentation de prononcer; toutefois nous croyons plus prudent de tenter la dilatation du col utérin par l'emploi de bougies en cire, ou de tentes en guimauve, puis d'avoir recours à celles en racine de gentiane. Quant aux pessaires à tige intra-utérine, les accidents nombreux survenus dans ces dernières années prouvent que c'est un moyen qu'il faut enfin rejeter de toute pratique prudente. (*Medical Times and Gazette*, juin.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Ténaculum dilatateur pour la trachéotomie.

La plupart des modèles de ténaculum créés jusqu'ici pour faciliter la trachéotomie laissaient des *desiderata* que l'on trouve formulés dans l'article de M. Hardy ([1]); le nouveau ténaculum que M. Mathieu vient de présenter à l'Académie, au nom de l'un de ses savants correspondants, M. le professeur Langenbeck (de Berlin), semble répondre à quelques-uns d'entre eux. L'instrument était accompagné de la note suivante :

Les nombreux instruments employés jusqu'à ce jour pour pratiquer l'opération de la trachéotomie présentent divers inconvénients : 1° la complication des instruments; 2° la difficulté de fixer la trachée; 3° les obstacles si variés que l'opérateur doit surmonter pour dilater l'ouverture faite à l'arbre aérien et fixer la canule dans la trachée incisée.



M. Langenbeck, pour éviter ces diverses difficultés, propose l'instrument ci-contre.

Un ténaculum à deux branches, dont chacune CC' représente la forme du ténaculum ordinaire destiné à fixer la trachée mise à découvert. On incise de haut en bas, entre les branches écartées du ténaculum, qui dirige ainsi le bistouri; on tient forcément l'arbre aérien suivant une ligne parallèle aux deux branches engagées et écartées du ténaculum.

Comme avantage principal, et là surtout est le mérite de cet instrument si simple, il faut signaler la fixation des deux bords de l'incision, qui ne sont pas abandonnés, quel que soit le degré de dilatation. La forme losangique de l'incision facilite beaucoup l'introduction de la canule, guidée et protégée par les branches écartées et protectrices du ténaculum.

En résumé : fixation de la trachée; points de repère pour l'incision, dont la direction est indiquée par les branches de l'instrument; fixation des bords, dont l'immobilité est obtenue à volonté par l'opérateur, qui n'a plus alors à s'occuper de retrouver son incision primitive; enfin, introduction facile de la canule, dont la fixation est favorisée par les branches du ténaculum double.

([1]) Voir p. 345 et suiv. de cette livraison.

Association générale.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la France vient de faire acte de constitution en provoquant, par l'organe de son président et de son secrétaire général, les adhésions de tous les membres de la famille médicale. Nous regrettons que l'espace nous manque pour reproduire toute la circulaire de l'honorable président M. Rayer; les fragments que nous publions suffiront, nous l'espérons, pour répondre à quelques-unes des objections qui ont été avancées et pour provoquer de nombreuses adhésions à cette grande et belle institution.

« Le titre premier vous fait connaître l'Association générale dans son ensemble; il en détermine le but, le caractère et la composition. C'est dans ce titre, et notamment dans les articles 1 à 8, que vous devez chercher l'indication et l'expression des principes généraux qui ont dirigé les fondateurs de l'œuvre [1].

« Ces principes se résument en trois mots, qui sont la traduction fidèle des vœux depuis longtemps exprimés par la famille médicale : assistance, protection, moralisation. — Pénétrez-vous bien de la lettre et de l'esprit des huit premiers articles des statuts, et vous apercevrez sans peine, qu'autant que puisse le faire une institution libre, ces vœux trouvent satisfaction dans les limites imposées par les lois existantes et par les principes qui régissent la société française. Aller au delà, c'était s'exposer inévitablement au refus d'approbation par le gouvernement; c'était outre-passer la mission confiée à la Commission organisatrice; c'était, d'ailleurs, jeter la division dans l'esprit des médecins dont les uns désirent, les autres rejettent des institutions qui, telles que les conseils de discipline, ne peuvent, en tout état de cause, être fondées que par l'initiative des pouvoirs publics.

« Ne perdez jamais de vue, monsieur et honoré confrère, cette considération qui est de la plus haute importance, à savoir que l'Association générale est une institution complétement libre, que chacun de nous est parfaitement le maître de s'y agréger ou d'y rester étranger, que ses Statuts n'engagent que ceux qui y ont adhéré, qu'une fois admis on peut s'en retirer, et que, dès lors, aucune pression, aucune coercition n'est exercée sur personne; que dès lors enfin l'Association générale n'a voulu demander son action et sa propagation qu'à ce qu'il y a de plus noble, de plus délicat et de plus élevé dans le cœur humain, la spontanéité dans la bienfaisance, la liberté dans le progrès.

« A ces trois points de vue auxquels on peut et on doit considérer l'Association générale : assistance, protection, moralisation, il vous sera facile de comprendre, monsieur et très-honoré confrère, que, seule, l'assistance pouvait être réglementée, que seule elle pouvait être renfermée dans des formules statutaires. On ne réglemente pas la protection, on ne formule pas en articles la moralisation professionnelle. Ces deux grands éléments de l'Association ont été déposés en germe dans les statuts; c'est au corps médical, à lui seul, à son empressement à se rallier à l'Association qu'il appartient de faire que ce germe se développe et fructifie. Sur ces deux points, la Commission organisatrice a épuisé son mandat et ses pouvoirs; l'expérience de l'Association, c'est sa ferme espérance, fera le reste. »

Dans le titre II, consacré aux dispositions générales relatives aux Sociétés

[1] Voir les statuts, que nous avons publiés dans notre livraison du 30 septembre dernier, page 280.

locales et à la Société centrale, nous ferons remarquer cette phrase : « Vous y verrez exprimé à chaque article le vif désir des fondateurs de favoriser partout l'association locale, qui, dans leur conviction, doit être la pierre angulaire de l'Association générale. » — Nous reproduisons la plus grande partie des commentaires du titre qui a trait à la Société centrale, afin de fournir la preuve que la Commission a tout fait pour préparer la voie la plus large pour la fusion de la grande famille médicale.

« La Société centrale, monsieur et honoré confrère, est un des éléments les plus intéressants de l'Association générale et celui dont il importe que le mécanisme vous soit parfaitement connu.

« La Société centrale présente un double caractère et a une double fonction.

« Elle est une Société permanente pour les médecins de l'armée et de la flotte, pour nos confrères qui sont en mission à l'étranger, pour tous nos confrères enfin qui, n'ayant pas de résidence fixe, ne peuvent se faire admettre dans une Société locale. Pour tous ces honorables confrères, la Société centrale est une Société locale, et c'est par elle qu'ils font partie de l'Association générale.

« Elle est une Société de transition, un lieu d'asile pour tous les docteurs en médecine du continent, de la Corse et des colonies, habitant des localités où les Sociétés locales n'existent pas encore, où les Sociétés locales existantes ne sont pas agrégées à l'Association générale.

« Dès lors, il vous est facile de comprendre la double fonction de la Société centrale :

« D'une part, elle est la Société locale de ceux qui n'en ont pas ;

« D'autre part, elle est, pour ainsi dire, la pépinière des Sociétés locales.

« Elle agrége ceux qui sans elle ne pourraient pas faire partie de l'Association générale.

« Elle ramène à leurs localités respectives tous ceux qui peuvent y trouver les conditions d'existence de l'Association.

« Ainsi, quant à présent, tout docteur qui aura adhéré à l'Association générale, et dont l'admission aura été prononcée par le Conseil général, sera, par le fait même, membre de la Société centrale.

« Ces explications étant bien comprises, il vous sera facile de voir, monsieur et très-honoré confrère, que si vous désirez devenir membre de l'Association générale, vous avez à remplir et à signer le bulletin d'adhésion que j'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli. Dans quelque position que vous vous trouviez, que votre intention, comme nous le désirons, soit de contribuer à la fondation d'une Société locale, que vous fassiez ou non partie d'une Société déjà existante, que cette Société accepte ou refuse ultérieurement de s'agréger à l'Association générale, vous serez membre de cette Association, vous en serez membre par la Société centrale, qui déterminera plus tard la position définitive que vous devez occuper dans l'Association.

« C'est donc au siége de l'Association générale à Paris que, votre admission ayant été prononcée par le Conseil général, vous aurez à faire parvenir vos contributions du droit d'admission et de cotisation annuelle. »

Enfin, on a adressé le reproche à la Commission fondatrice de n'avoir pu faire reconnaître l'Association générale comme institution publique. Comment une Société non encore constituée pouvait-elle prétendre à une semblable faveur ? Voici ce que répond l'honorable président :

« L'Association générale des médecins de France a obtenu le plus haut degré de protection qu'elle pût immédiatement obtenir, à savoir l'approbation du mi-

nistre de l'intérieur. Plus tard, lorsque les services qu'elle aura rendus à la famille médicale seront manifestes, elle demandera ce qu'elle ne pourrait demander en ce moment, d'être reconnue établissement d'utilité publique, ce qui lui donnera de nouveaux avantages. En attendant cette consécration nouvelle, l'Association générale peut fonctionner dans la plus complète liberté : si le corps médical répond avec ensemble à l'appel qui lui est fait, des deux modes d'assistance confraternelle prévus dans ses statuts, le secours et la retraite, elle peut immédiatement réaliser le premier, et le second elle peut l'espérer dans un avenir prochain. »

Le corps médical de Marseille vient de perdre son doyen et une de ses illustrations. M. Cauvière, directeur honoraire de l'Ecole et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a succombé, en peu de jours, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Cet honorable confrère laisse une somme de 20,000 francs à l'Association des médecins des Bouches-du-Rhône, dont il était un des membres les plus dévoués. Une autre mort regrettable est celle de M. Pereyra, ancien médecin de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, et médecin principal de la Compagnie des chemins de fer du Midi.

Nos lecteurs, parmi lesquels figurent bon nombre de médecins militaires, apprendront sans doute avec intérêt qu'à la date du 14 octobre il a été promulgué à Londres un décret signé par la reine et contre-signé par le général ministre Peel, concernant l'organisation du corps médical militaire, et statuant qu'il y aura désormais quatre grades dans le corps; ils seront ainsi désignés : 1° inspecteur général des hôpitaux ; 2° inspecteur adjoint des hôpitaux; 3° chirurgien de régiment ou d'état-major, prenant le titre de chirurgien-major après vingt ans de service actif ; 4° aide-chirurgien d'hôpital ou de régiment.

L'assimilation, dans les divers grades, est ainsi fixée : 1° l'aide-chirurgien aura rang de lieutenant à dater de sa commission, et de capitaine après six ans de service; 2° le chirurgien aura rang de major, et celui de lieutenant-colonel quand il aura le titre de chirurgien-major ; 3° l'inspecteur adjoint aura rang de lieutenant-colonel d'abord, et de colonel après cinq ans de service dans le grade; 4° l'inspecteur général aura d'abord rang de général de brigade, et après trois ans de service actif dans son grade, rang de lieutenant-général. Aux termes du décret, ces assimilations conféreront aux médecins ainsi assimilés toutes les prérogatives des grades respectifs de l'armée. Nous ferons connaître plus tard les dispositions du décret qui concernent le tarif de la solde et des pensions de retraite. Enfin, un dernier article porte que douze officiers de l'armée, pris parmi ceux qui méritent le mieux, seront nommés médecins et chirurgiens honoraires de la reine.

Les membres de l'Association des médecins et des pharmaciens de la Somme, réunis en assemblée générale, ont décidé que dorénavant, pour la fixation des honoraires des visites et de la délivrance des médicaments, il sera tenu compte du *jour* et de la *nuit*. Sont visites de nuit celles faites, dans la localité où demeure le médecin, de neuf heures du soir, l'été, à six heures du matin, et de huit heures du soir, l'hiver, à sept heures du matin; sont aussi considérées comme visites de nuit celles faites dans la soirée, surtout l'hiver, à la campagne, et hors du lieu du domicile du médecin.

Pour les pharmaciens des principales villes du département, la nuit commence à dix heures du soir et finit à sept heures du matin ; pour les autres pharmaciens, cette règle doit varier avec les habitudes du commerce de la localité.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations générales sur les varus et leur traitement, à propos d'une guérison de *varus gutta rosea pustulosus*, au moyen d'une pommade au proto-iodure de mercure.

Par le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque.

Divers lecteurs du *Bulletin* pourront ne pas comprendre le mot *varus* que je m'obstine à employer; d'autres trouveront étrange que je reste le seul peut-être à vouloir conserver la nomenclature d'Alibert; tandis que plusieurs n'y verront qu'un témoignage de reconnaissance adressé à mon illustre maître... Sans doute, je tiens à honneur d'exprimer ce sentiment à la mémoire d'Alibert, dans le plus d'occasions possible; cependant, comme ce sentiment est encore dominé par l'amour de la vérité, il importe que j'explique mon *etiamsi omnes, ego non*. D'ailleurs, il est toujours fort utile de faire précéder la question scientifique des faits pratiques, puisque celle-ci doit éclairer les autres.

Je m'obstine à conserver la classification d'Alibert, parce que tout présage qu'un jour on y reviendra. Que dis-je!... chaque jour les nouveaux écrits qui paraissent sur les maladies de la peau ont de la tendance à se dépouiller du langage et surtout des idées et des principes de la classification de Willan. J'emploie, enfin, la classification d'Alibert, parce que, avec l'idée de nature de la maladie, dont elle se préoccupe tout d'abord, elle cherche les caractères extérieurs les plus saillants et les plus constants pour les faire reconnaître. Or, ceci, qui a été reproché au spirituel médecin de nos anciens rois, est justement un de ses plus grands mérites, parce que, avant tout, il faut bien diagnostiquer, et surtout sûrement. D'ailleurs, est-ce que tous les caractères extérieurs, partant physiques, ne sont pas des phénomènes anatomo-pathologiques? La différence, à ce sujet, entre Willan et Alibert, c'est que le premier s'est limité à quelques-uns, et que le médecin de l'hôpital Saint-Louis les a tous utilisés. Il y a la même différence, à cet égard, entre ces deux méthodes, comme se plaisait à le dire le célèbre professeur, qu'entre les systèmes de Tournefort ou de Linné et la méthode de Jussieu. Pour Alibert, les furfures, comme les écailles, les pustules, comme les croûtes, les vésicules, comme la sérosité, la forme des plaques herpétiques, les papules, les concrétions sébacées, tout était mis à profit, pourvu que ces caractères eussent la double qualité d'être *des plus saillants et des plus constants*. Or, toutes ces excrétions ou conditions extérieures des organes de la peau malade ne sont-elles

pas des effets pathologiques qui rentrent dans l'étude de l'anatomie morbide, comme les squammes, les pustules, les vésicules et les papules de Willan, qu'à tort, on doit le reconnaître aujourd'hui, il voulait considérer comme éléments anatomiques?

Les pustules, les vésicules, les squammes sont si peu des éléments anatomiques et surtout des éléments de maladie, que j'ai été le premier à montrer que la forme des maladies de la peau dépendait de la constitution individuelle et de la différence des organes de la peau affectés. (*Histoire de l'inflammation dartreuse*, Paris, 1833.) Ainsi, suivant que la maladie a envahi un tempérament sec ou pituiteux comme disaient les anciens, fibrineux ou albumineux comme j'ai dit naguère, la maladie de la peau est sèche ou sécrétante. J'ai cité, en effet, diverses familles affectées de dartres, qui étaient différemment atteintes dans leurs divers membres, suivant le tempérament de chacun d'eux. Toujours les maladies sécrétantes aux tempéraments lymphatiques, les maladies sèches aux tempéraments sanguins et nerveux. Il y a plus : c'est que, si telle maladie ordinairement sèche affecte par hasard un tempérament plus ou moins lymphatique, elle sera plus ou moins modifiée. En effet, j'ai vu des individus gros, gras, albumineux, avoir des dartres furfuracées arrondies (*lepra vulgaris*) avec des couches de squammes épaisses comme deux écus de cinq francs, dénaturées et méconnaissables par une sécrétion muqueuse supplémentaire, qui agglutinait ces furfures, de manière à simuler les croûtes de la *melitagra flavescens* (*impétigo*). Il fallait décomposer ces croûtes pour y reconnaître les couches de furfures agglutinées ; il fallait remarquer que, quoique les diverses plaques arrondies fussent toutes confondues entre elles sur la surface du membre, le bord extérieur de ces grandes plaques figurait encore les divers cercles qui les composaient. En même temps ce bord finissait brusquement avec le tégument sain, ce qui n'arrive pas avec la dartre squammeuse humide (*eczéma*) ni avec la mélitagre flavescente.

Voilà donc des furfures, ou bien des squammes, comme l'a voulu la transposition de Willan pour avoir une distinction exacte de moins, et laisser sans dénomination les véritables squammes de la dartre squammeuse humide ; voilà, dis-je, des furfures qui, loin de pouvoir être considérées comme élément de maladies, se trouvent dominées par la constitution individuelle. Les éléments anatomiques des maladies doivent être cherchés ailleurs, et l'on ne les trouvera que lorsqu'on saura positivement que l'inflammation limitée aux aréoles du derme produit le furoncle ; que celle de toute la surface

extérieure de la peau constitue l'érysipèle; que celle en particulier des follicules sébacés ou pilifères détermine des pustules; celle des glandes ou des canaux sudipares, diverses espèces de vésicules; celle des papilles, des papules; celle du corps muqueux de Malpighi, ou la surface sécrétante du derme destinée à reproduire l'épiderme, les dartres furfuracées ou sèches, etc. Tels sont les termes de la question véritablement anatomique, tel est le terrain sur lequel je l'ai amenée depuis 1833 par ma thèse inaugurale (ouvr. cité). De cette manière on pourrait faire des classes anatomiques de maladies suivant les divers organes de la peau; encore tout cela ne rendrait pas compte de la nature particulière de l'affection de ces divers organes, puisque nous voyons des pustules dartreuses et syphilitiques, des tubercules strumeux, syphilitiques et lépreux, des pustules de *phyzacia* (*ecthyma*, *rupia*) et de variole, des grandes écailles de l'*herpes squammosus madidans*, dartre squammeuse humide, et celles du *pimphigus*. La science ne sera complète que lorsqu'on connaîtra l'altération générale constitutionnelle qui détermine la maladie, et le siége particulier de l'organe de la peau qui en produit la forme. Or, dans cet avenir de la science, Alibert sera encore dans le vrai, ou plutôt il aura préparé cet avenir, parce que, s'il n'a pas montré à quelle altération de nos liquides est due cette nature des maladies, s'il n'a pas montré avec le microscope le siége organique des lésions cutanées, il s'est préoccupé de cette nature des maladies, en rassemblant tous leurs phénomènes de physionomie, toutes leurs analogies de marche et de terminaison; et il y a réussi, car, en groupant ainsi ces affections, il a rassemblé les indications thérapeutiques les plus analogues, il a enfin groupé aussi les traitements. N'est-ce pas tout ce que l'on pouvait faire à son époque et même tout ce qu'on peut faire de nos jours, parce que, en agissant ainsi, l'on facilite la pratique et l'on place tout aussitôt la science sur la véritable route du progrès? L'oubli d'idées si justes et si saines ne rappelle-t-il pas cette discussion de Boerhaave et de Ruysch, dans laquelle triomphèrent les erreurs de ce dernier, qui contestait le caractère glanduleux des cryptes sébacés, et, enfin, n'est-ce pas le cas de répéter avec M. Rosenbaum : « Ce fut ainsi que les idées vraies et fausses sur les maladies de la peau furent confondues pendant longtemps, jusqu'à ce qu'enfin la *mauvaise doctrine* prît le dessus, grâce aux efforts de Willan et de Bateman. » (*Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau*, par J. Rosenbaum, Halle, 1844; traduit par M. Daremberg; *Annales des maladies de la peau*, de M. Cazenave, t. II, p. 200.)

Nous avons d'autant plus de raison à nous obstiner à conserver la classification d'Alibert que nous ne sommes pas le seul à nous apercevoir de son mérite. M. Rosenbaum, tout préoccupé qu'il est des classifications d'Allemagne et de celle qu'il croit devoir leur substituer, ne peut s'empêcher, en citant la classification d'Alibert, de reconnaître qu'il *avait composé le plus souvent la plupart de ses groupes avec succès* (ouvr. cité). Or, il n'a pas pu en dire autant des classifications, qu'il a cru devoir reproduire si compendieusement, de Struve, de Fuchs de Goettingue, d'Erasme Wilson, du conseiller Isensée de Berlin, d'Alfara de Madrid, tandis que je ne pense pas qu'il ait lui-même dépassé notre maître, quoiqu'il s'efforce d'abord de l'imiter, puisqu'il dit qu'il va essayer de donner une classification qui *tiendra surtout compte de la nature des maladies de la peau* (ibid.). Il nous a paru, au contraire, que la classification de M. Rosenbaum, tracée d'abord sur les altérations d'organes et de fonctions de la peau, n'était qu'une savante confusion d'anatomie et de physiologie cutanée, au milieu de laquelle se perdent les maladies de la peau et surtout leur nature. Ce docte essai, comme toutes les classifications d'Allemagne citées, prouve une fois de plus qu'il n'y en a qu'une de possible. Je dis *qu'une*, parce que sérieusement, de ce qu'il aura plu à Willan d'accoler la variole, les varus, la *melitagra*, le *phyzacia*, à cause de leurs pustules, d'ailleurs si différentes, il ne s'ensuit pas qu'il ait créé une classification. Pour cela, il faut avoir une idée vraie qui domine la question entière, et nous avons montré qu'il n'avait d'idées ni anatomiques, ni physiologiques, ni pathologiques. On a prétendu que sa classification facilitait le diagnostic, qu'elle le simplifiait : je soutiens que c'est la plus grande des erreurs, puisque, pour cela, il faudrait au moins deux choses :

1° Que ces pustules fussent toujours reconnaissables à tous les yeux ;

2° Qu'elles existassent dans toutes les phases de la maladie.

Or, qu'on essaye de faire diagnostiquer, je ne dirai pas à un jeune élève, mais même à bien des médecins, une vésicule d'une pustule, et l'on verra si plusieurs ne les confondent pas fort souvent ; qu'on cherche, dans bien des dartres squammeuses humides, des vésicules, et l'on verra si on découvre autre chose que la gouttelette roriforme qui suinte à travers la peau ! Or, s'il n'y a pas de vésicule, comment établir un diagnostic qui doit se fonder sur elle ?

Enfin, je suis si convaincu que les Willanistes ne jugent des maladies que par l'ensemble de leurs phénomènes et par les caractères *les plus saillants et les plus constants* qu'a saisis Alibert, que je pro-

poserai volontiers l'essai suivant : de présenter, même à des cliniciens exercés, une portion de la peau malade grande comme deux écus de cent sous, avec le soin de recouvrir tout le reste. Si leur système est vrai, un élément anatomique étant donné, ils doivent connaître la maladie. Or, ils le prétendaient ainsi lorsque, dans les premières éditions des ouvrages des Willanistes, on voyait apparaître des petits échantillons de diverses maladies, grands comme les deux doigts. Ces petits carrés réunis ressemblaient à s'y méprendre à ces cartes d'échantillons que colportent les marchands de toiles peintes. Eh bien, ils étaient conséquents ! Ou leur prétention était fausse, ou ces simples échantillons étaient suffisants. Néanmoins, ils suffisaient si peu que dans les dernières éditions des dermatologistes qui avaient adopté le système anglais, on s'est empressé de représenter une tête, un bras, une jambe, pour retracer, avec leurs prétendus signes diagnostiques, les autres caractères des maladies.

Malgré tant de raisons et de faits significatifs, l'erreur reste et n'est pas près de disparaître. Qu'en penseront les siècles à venir, si ce n'est ce que nous en savons depuis longtemps : l'homme est de glace aux vérités, il est de feu pour le mensonge ?..

Quelle différence avec la doctrine d'Alibert ! Notre maître, saisissant la pathologie cutanée dans ce qu'elle a de plus important et de plus général, sépare d'abord les maladies de la peau par leurs causes primitives, par leurs pathogénies radicales, ne se servant des caractères graphiques de détail que pour différencier entre elles les diverses espèces. Or, nous disons que cette méthode triomphera, qu'on rougira un jour de l'avoir abandonnée, parce que c'est ainsi qu'on trouve la maladie dans l'organisme. Elle réside dans la constitution générale, avant de se montrer sur la peau ! C'est ainsi que procède la pratique : elle s'efforce d'abord d'atteindre les sources du mal, et ce n'est quo lorsqu'elle ne peut pas y parvenir qu'elle se limite aux phénomènes locaux.

Mais, d'ailleurs, qu'a fait Alibert ? Il a d'abord séparé sa famille des maladies de la peau des autres affections, et il a appelé les espèces qui la composaient du mot générique de *dermatoses*, mot élégant qui est resté et qui est prononcé par toutes les bouches. Il a ensuite divisé les maladies en eczémateuses, exanthémateuses, scabienses, dartreuses, cancéreuses, lépreuses, etc., afin de rester aussi fidèle à la nature des choses qu'aux phases de l'histoire de la médecine, au sens réel de la pathologie. J'ai prouvé ailleurs (*Historique des dartres depuis les temps hippocratiques jusqu'à nous ;* thèse inaugurale citée, Paris, 1833) qu'Alibert ne s'est jamais permis de prendre en

particulier, pour désigner une maladie, un nom qui avait eu un sens général, et qu'il avait pris ses dénominations dans les termes les plus clairs et les mieux consacrés par les médecins grecs ou latins. Il a fait plus : il a tellement tenu à concilier l'histoire qu'il n'a pas même rejeté les idées de la médecine du moyen âge et de la renaissance. Willan, au contraire, a pris en particulier des noms génériques ; il s'est servi des noms particuliers pour désigner des phénomènes généraux. A telle maladie qui meurt où elle naît, il a assigné le nom de telle autre qui indique le phénomène de la reptation, phénomène que Galien lui-même fait remarquer lui avoir mérité ce nom. *Sicuti nomen ipsum indicat* (ἑρπης *ab* ἑρπω, *serpo*, *repto*), *ritu serpentis bestiæ*, *relicto priore loco*, *transit ad alterum*. (*Méth. méd.*, lib. II, cap. II.) Le nom de l'affection qui a été la réprobation de toute l'antiquité, qui est encore la frayeur de tout le monde aujourd'hui, tant elle est horrible et fatale, il l'applique à une affection de la peau, grave sans doute, mais qui s'allie souvent avec la santé la plus florissante. On a prétendu à ce sujet qu'il s'était étayé sur Paul d'Egine, mais Paul d'Egine dit plus clairement le contraire que bien des médecins grecs : *Verùm lepra* PER PROFUNDITATEM CORPORUM CUTEM *depascitur orbiculationis modo*, *una cum hoc quod* SQUAMAS PISCIUM SQUAMIS SIMILES *dimittit*. *Scabies autem* MAGIS IN SUPERFICIE *hæret et variè figurata est*, *et* FURFURACEA *corpuscula remittit*. (Lib. IV, cap. II, édit. Janii Cornarii.) Si l'*orbiculationis modo* a pu tromper Willan, la profondeur de l'affection dans la peau et cette heureuse distinction des écailles et des furfures auraient dû le faire se raviser.

Il y a plus encore ! c'est que les médecins grecs ont si peu dû appliquer le mot λεπρα aux affections furfuracées, et surtout à la dartre arrondie, que, depuis Archigène jusqu'à Plenck et Lorry, nous voyons désigner cette affection par le nom d'*impetigo*, transporté encore par Willan à une maladie sécrétante. Aétius s'explique clairement à cet égard, puisqu'il dit expressément : *Differt autem lepra ab impetigine sylvestri*, *eò quòd impetigo orbiculatim semper ad vicinos locos proserpit*. (*Tétrab.*, IV, serm. II.) Avec de telles preuves, que penser de Bateman, qui, après avoir dit hardiment : « Les Grecs donnèrent d'un commun accord le nom de λεπρα à une éruption squammeuse (comme cette étymologie l'indique), » renvoie avec encore plus de hardiesse à Paul d'Egine, Aétius et Galien, dont il semble ainsi avoir traduit le fond de la pensée...? (Bateman, *Abrégé des maladies de la peau*, traduction de Bertrand, p. 54.)

Ainsi, plus on consulte l'histoire de la médecine, plus l'on réfléchit sur la pathologie, plus on est assuré que Willan a bouleversé l'une et l'autre à tort et à travers, ou plutôt, pour réaliser encore une fois cette admirable sentence du vieillard de Cos, que « celui qui, rejetant et dédaignant tout le passé, tente d'autres méthodes et d'autres voies et prétend avoir trouvé quelque chose, celui-là se trompe et trompe les autres. » (Hippocrate, *De l'ancienne médecine*, ch. II.) Il n'y a que pour le fond, l'idée mère de son système, le faux principe anatomique enfin, qu'il ait imité Plenck. C'est pourquoi on ne peut comprendre qu'avec tant de fautes, tant de contre-sens en philosophie, en histoire, en raison, l'erreur ait triomphé et puisse dominer encore... *Fiat lux !*... Du moins j'y contribuerai par mes faibles moyens autant qu'il me le sera donné et toutes les fois que le sujet m'en fournira l'occasion.

Mais pourquoi, dira-t-on, cette longue discussion de principes à propos d'un simple cas de guérison de *varus gutta rosea ?* Parce que les médecins de nos jours ne sont pas suffisamment fixés sur la nature des varus. Tandis que M. Rochard prétend avec son iodure de chlorure mercureux dépurer la constitution en faisant exsuder là partie malade, M. Hardy regarde les varus comme maladies simplement locales. (*Moniteur des Hôpitaux*, avril 1857.) J'ai cru, pour les besoins mêmes de la pratique, devoir montrer que ces affections, qui forment un genre des maladies dartreuses, y tiennent diversement, c'est-à-dire diverses espèces entièrement et d'autres presque point ou pas du tout, ce qui ne condamne nullement Alibert, mais montre une fois encore que toute chose a une terminaison insensible. De là, on le comprend, la diversité des traitements ; de là, la différence de réussite.

Ce qui prouve, contrairement à M. Hardy, que la plupart de ces maladies tiennent à une cause générale, c'est que l'on rencontre des personnes, chez lesquelles des négligences de toilette permettent à la matière sébacée de se concréter dans les follicules, n'avoir pas pour cela des *varus gutta rosea*, et d'autres, guéries de ces varus, les voir constamment reparaître.

Mais il y a plus, et le cas que je citerai en est un exemple : il est des varus qui affectent, outre les follicules, le corps muqueux de Malpighi ; qui, par conséquent, en même temps que des pustules produisent des furfures. Est-ce que ces espèces-là ne tiennent pas plus particulièrement aux dartres ? Est-ce que la mentagre qui exsude des matières qui se concrètent, qui finit par se résoudre en furfures se reproduisant aussi longtemps que persiste une certaine

rougeur, ne tient pas aux dartres par la plus analogue physionomie? Nul doute que le simple *varus sebaceus* (*acne punctata* de Biett, je crois) ne soit seulement une altération ou même une disposition organique des follicules cutanés. Mais personne ne conteste que la disposition organique locale ne puisse avoir certaine influence sur la forme des maladies ; de même sera-t-il impossible de nier qu'avec cette condition anatomique et un peu d'acrimonie générale, comme disaient les anciens, il ne survienne un *varus gutta rosea*. Pour preuve, c'est que chez bien des jeunes gens, tant que cette disposition est fomentée par la force do l'âge, peut-être par l'orgasme génital, les pustules se reproduisent, tandis que leur peau devient unie et blanche lorsque l'âge est arrivé, bien que la peau reste toujours huileuse et les follicules très-prononcés.

Disons que la plupart des varus sont occasionnés par une disposition générale et déterminés, surtout pour la forme extérieure, par une condition organique locale. Disons encore que la pratique doit prendre en considération ces deux sources du mal pour ne pas faire fausse route, ce qu'elle ferait encore, si elle considérait comme une dépuration l'exsudation produite par les topiques extérieurs, et si, dans bien des cas, elle ne cherchait pas à modifier la constitution générale. Une dépuration, je l'ai dit (Dogmatisme pratique des maladies dartreuses, *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVI et XXXVII), dans l'état de la physiologie normale et pathologique, ne peut être qu'une élimination plus ou moins prolongée et des assimilations nouvelles déterminant une recomposition constitutionnelle. D'ailleurs, nous verrons que le phénomène d'exsudation locale, relaté par M. Rochard au sujet de l'iodure de chlorure mercureux, a été produit par M. Hardy avec le bi-iodure de mercure. Je montrerai que pareil phénomène est déterminé par les cautérisations avec l'azotate d'argent, préconisées, il y a plus do trente ans, par Alibert, tandis que ce qui explique le mécanisme de toutes ces curations, c'est qu'on observe des guérisons spontanées par la violence de l'inflammation naturelle de certains varus; inflammation qui obture les follicules en les détruisant ou en faisant adhérer leurs parois.

Pour me résumer, je dirai donc que certains varus, se rapprochant plus particulièrement des dartres par leur cause générale, guérissent d'autant mieux que leur traitement ressemble davantage aussi à celui qu'on oppose d'ordinaire à ces maladies, que cependant d'autres varus réclament seulement un traitement local, ou ne sauraient guérir si l'on ne modifiait pas la disposition organique locale. D'ailleurs, pour bien faire connaître nos idées à cet égard, nous allons

passer en revue la thérapeutique de ces diverses espèces de maladies et fixer ainsi, autant qu'il sera possible, la science sur la valeur réelle des prétentions des nouveaux moyens préconisés, moyens parmi lesquels je range le proto-iodure de mercure utilisé pour la première fois par M. Boinet, pour les varus, mais employé avec succès, depuis plus de vingt-cinq ans, à l'hôpital Saint-Louis, pour d'autres maladies dartreuses, dans les services d'Alibert et de Lugol, avant le goudron, que j'ai étendu, dès cette époque, à toutes les maladies dartreuses. Nous réservions la pommade au proto-iodure de mercure pour l'*herpes furfuraceus circinnatus*(*lepra vulgaris*), et le personnel de l'hôpital Saint-Louis d'alors pourrait se rappeler le grammairien si connu, Chapsal, qui vit disparaître par ce moyen une dartre de cette espèce qui avait résisté à un long traitement arsenical dirigé par Biett.

De tels précédents me firent d'autant plus facilement adopter le traitement de M. Boinet, que le varus auquel je l'adressais avait plus particulièrement une physionomie dartreuse. En voici d'ailleurs l'histoire :

Une femme de vingt-huit ans, nourrice depuis vingt-quatre mois, portait depuis six années un *varus gutta rosea pustulosus*, disséminé sur toute la face, mais plus prononcé sur les pommettes, le nez et la houppe du menton. Les pustules, petites, n'ayant pas un noyau inflammatoire profond dans le derme, se séchaient facilement ou du moins restaient longtemps à l'état sec, présentant alors un point noir composé de sang et de matière albumineuse épanchés dans l'utricule folliculaire, plutôt que de matière sébacée durcie. Enfin, ce petit point noir était une petite croûte, car quelques-uns étaient jaunâtres, translucides comme du succin. A côté des plaques agglomérées des joues et à l'entour de quelques-unes des pustules isolées, on voyait quelques furfures. Toujours est-il que cet assemblage de croûtes, de furfures et de pustules rouges isolées rappelait à la fois le varus, la *melitagra* et l'*herpes furfuraceus volitans* (*pityriasis*), et justifiait non-seulement Alibert d'avoir classé le varus parmi les dartres, mais montrait encore que certaines espèces s'y rattachent plus particulièrement. Cette jeune femme, qui avait ainsi un aspect repoussant et de maladie et de saleté, avait essayé vainement des lotions sulfureuses et mercurielles (solution de sublimé, espèce d'eau rouge d'Alibert), et je lui conseillais une pommade au proto-iodure de mercure avec d'autant plus de confiance, que l'aspect de ce varus se rapprochait davantage des dartres sèches sur lesquelles j'avais vu réussir ce même remède. Malheureusement cette femme ne voulait pas faire de traitement intérieur dans la

crainte de tarir son lait ; je me bornai donc au traitement extérieur en lui conseillant de se frictionner deux fois par jour avec la pommade suivante :

Pr. Axonge..........................	30 grammes.
Proto-iodure de mercure............	4 grammes.

Mêlez exactement.

Cette ancienne formule, que nous avions toujours suivie à l'hôpital Saint-Louis, ne produisit point de cuisson vive, seulement elle amena une croûte générale par suite des couches de pommade accumulées et agglutinées avec des croûtes et des furfures.

Quinze jours après, je conseillai un lavage à l'eau de savon, et tout disparut, pommade et croûtes ; la peau fut au-dessous unie et blanche.

Voilà donc un succès à joindre à ceux de M. Boinet, aussi éclatant que peuvent l'être les merveilles de l'iodure de chlorure mercureux. Mais la question pratique n'est pas toute là ! Est-ce que la guérison est également définitive avec l'un et l'autre moyen ? Est-ce qu'ils sont tous les deux également applicables à toutes les espèces de *varus gutta rosea ?* Est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres manières d'employer notre remède, pour être moins désagréable aux personnes qui subissent pareil traitement ? Enfin, est-ce qu'il doit être toujours employé aux mêmes doses ?

Telles sont les questions pratiques auxquelles la science a à répondre afin d'assigner à chacune de ces nouvelles substances la part exacte qui doit lui revenir dans le traitement du *varus gutta rosea*. Sans doute nous ne sommes pas en mesure de remplir entièrement cette lacune, mais cette étude a pour but de décrire quelques faits très-significatifs qui indiqueront la manière d'y parvenir, et la véritable route que l'expérience ultérieure ait à parcourir pour y arriver sûrement.

Remarquons d'abord ces trois faits :

1° Que ma pommade réussit bien dans un *varus gutta rosea* superficiel, peu hypérhémié, mais à condition que son action modificatrice agisse sans relâche pendant quinze jours ; car je ne pense pas qu'elle eût produit le même effet si chaque jour on avait fait disparaître les traces du remède par un lavage ;

2° Que les pommades à l'iodure de chlorure mercureux guérissent après avoir excité une vive inflammation, qui détermine une exsudation séro-plastique pouvant se prendre en croûte ;

3° Que les guérisons obtenues par M. Hardy au moyen du bi-

iodure de mercure employé à parties égales d'axonge et d'iodure se sont effectuées à la suite de pareilles inflammations et exsudations (ouvr. cité), phénomènes de vésication également observés après les cautérisations à l'azotate d'argent qu'employait Alibert, et dont j'ai indiqué deux guérisons dans le *Journal universel des sciences médicales* (année 1829).

Si je ne me trompe, tout ceci ne vient pas à l'appui de la spécificité d'action de l'iodure de chlorure mercureux, non plus qu'à celui du proto-iodure de mercure, mais au degré d'action de ces moyens, suivant qu'il s'agit de produire une plus vive inflammation médicatrice. (*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur un moyen de rendre plus faciles et plus sûres diverses opérations de la chirurgie des voies urinaires.

Par le docteur Civiale.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie les deux premiers volumes de ma troisième édition du *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Ces volumes, consacrés aux affections de l'urètre et du col de la vessie, ne sont pas une simple réimpression des éditions précédentes. Le premier volume contient, entre autres additions, un chapitre très-étendu sur les différentes méthodes d'urétrotomie, opération pratiquée depuis longtemps, mais perfectionnée par la chirurgie moderne, et qui reçoit, chaque jour, de plus fréquentes et de plus utiles applications.

Dans cette nouvelle édition, j'ai reproduit, avec de nouveaux développements et quelques rectifications essentielles, l'exposé des recherches que je poursuis sans relâche, depuis trente-cinq ans, sur un ordre de maladies, non moins graves que répandues, qui attaquent l'homme à toutes les époques de son existence, et deviennent, surtout au déclin de la vie, la source des infirmité les plus pénibles ou des accidents les plus graves.

Quand je présentai à l'Académie l'édition précédente, je faisais remarquer que l'étude de ces maladies était encore fort imparfaite; qu'on ne trouvait, même dans les ouvrages les plus estimés, que des théories hasardées ou des aperçus pratiques en contradiction avec l'observation rigoureuse, et dont le vague, l'incohérence résultaient de ce qu'on n'avait pas suffisamment distingué les unes des autres des lésions très-dissemblables.

Je faisais connaître en même temps les importantes améliorations introduites dans cette partie de la chirurgie, et qu'on doit spécialement à la découverte et aux applications de la lithotritie, qui ont mis à la disposition du chirurgien des moyens d'exploration plus exacts et de nouvelles ressources thérapeutiques. J'ai eu la satisfaction d'annoncer à l'Académie que, sur ces divers points, le mouvement scientifique, dont elle a eu l'initiative, s'étend et se développe incessamment.

Je me propose aujourd'hui, en lui faisant hommage de cette troisième édition, d'appeler spécialement l'attention de l'Académie sur un moyen, encore trop peu répandu, de faciliter les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires, de les rendre moins douloureuses et d'en assurer davantage le succès. Il s'agit d'un traitement préparatoire spécial, qui me paraît nécessaire pour atteindre ce but.

Jusqu'à présent des moyens généraux, calmants ou sédatifs, du ressort de la médecine, ont fait la base de la préparation des malades, lorsqu'on a jugé utile d'y recourir; car, dans la majorité des cas, la plupart des chirurgiens pratiquent d'emblée, c'est-à-dire sans y disposer d'avance les organes, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, l'urétrotomie et jusqu'au broiement de la pierre dans la vessie.

Mais soit qu'il agisse sans recourir à aucune préparation, soit qu'il s'en tienne aux médications générales, qui n'ont aucune action directe sur la sensibilité normale ou exagérée des parties, le chirurgien place le malade dans des conditions défavorables au succès de l'opération. La démonstration de ce fait important est des plus faciles.

A l'état normal, chez la plupart des hommes, je pourrais dire chez tous, la membrane interne de l'urètre est pourvue d'une telle sensibilité, que l'on ne peut introduire dans le canal l'instrument le plus inoffensif, et en usant des plus grands ménagements, sans occasionner une sensation pénible de chaleur brûlante, qui peut s'élever jusqu'à celle d'une douleur excessive.

Dans l'état de santé, la sensibilité du col et du corps de la vessie est moins développée qu'on ne le croit généralement; mais l'observation démontre que, sous l'influence d'états inflammatoires qui se développent, s'étendent, se compliquent dans ces parties, leur sensibilité s'exaspère au point de rendre tout contact d'un corps étranger, ou toute manœuvre opératoire, insupportable. Aussi le simple cathétérisme est-il un objet d'effroi pour tous les hommes.

Si, dans l'état de maladie, au lieu d'une simple sonde, on intro-

duit dans l'urètre ou dans la vessie le porte-caustique, l'urétrotome, le lithoclaste ou tout autre instrument qui, à raison de sa forme, de son volume, de sa rigidité, distende, redresse ou froisse les organes, il est évident que l'opération déterminera des souffrances bien autrement vives encore.

Enfin, si, au lieu d'être instantané, le contact de l'instrument avec les surfaces de l'urètre et de la vessie se prolonge, si l'on exécute dans ces parties des mouvements étendus et répétés, si surtout on attaque leur texture par le cautère ou par l'instrument tranchant, il est facile de comprendre les extrêmes douleurs auxquelles les malades seront soumis, ainsi que les effroyables réactions qui pourront survenir, et dont la pratique ne nous offre que trop d'exemples.

Faut-il ajouter que, troublé par les plaintes et les mouvements involontaires du malade, et préoccupé des conséquences possibles d'une trop violente irritation, le praticien éclairé et prudent est quelquefois conduit, ou à renoncer à l'opération, ou à en abréger la durée, au point de ne pas atteindre le but qu'il se proposait ?

Ce sont ces conditions déplorables de la chirurgie des voies urinaires que je me suis attaché à modifier ou à changer, et j'ai hâte de dire que l'art est aujourd'hui en possession d'un moyen simple, certain, et à la portée de chacun, d'atténuer directement la sensibilité de l'urètre et de la vessie, au point de rendre très-supportables, comme aussi beaucoup plus faciles et plus exemptes de réaction, les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur ces organes. Le progrès réalisé depuis plusieurs années est établi sur une longue expérience et désormais à l'abri de toute contestation.

Le traitement préparatoire que j'ai institué n'est que l'application d'une loi de physiologie, que tous les médecins connaissent. Il est constaté en effet que le contact ménagé, régulier et souvent répété d'un même corps avec les surfaces muqueuses, a pour conséquence à peu près constante d'émousser la sensibilité de ces surfaces et de modifier leur vitalité. C'est par l'observation attentive de cette loi que j'ai été conduit, dès le début de ma pratique, à me préoccuper de la préparation des malades que je devais opérer.

Quant au procédé, à son emploi et aux conditions les plus propres à assurer le succès, ces détails ont été réglés par l'expérience et sont exposés dans mon *Traité de la Lithotritie* et dans l'ouvrage que je publie aujourd'hui.

La loi qui sert de base à cette pratique était connue sans doute depuis longtemps; mais elle n'avait pas été l'objet d'une étude suivie et d'une application raisonnée aux opérations dont je me suis spécia-

lement occupé. C'est, je le répète, à l'occasion de la lithotritie que j'ai cherché et obtenu d'abord la préparation des malades par la diminution de la sensibilité de l'urètre et de la vessie. Appliqué ensuite avec les mêmes avantages aux autres opérations, ce traitement préliminaire a ouvert à la chirurgie des organes urinaires une voie nouvelle et féconde en résultats utiles.

Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir assisté à une série d'opérations pratiquées sur des malades préparés ou non préparés. Les premiers, déjà familiarisés avec l'introduction des bougies, se soumettent tout d'abord, et sans difficulté, à ce qu'on leur propose; et, qu'il sagisse d'explorations ou d'opérations, la manœuvre, prudemment conduite, est toujours facilement supportée. La sensibilité des surfaces muqueuses étant diminuée, la contractilité des tissus sous-jacents n'est pas activement mise en jeu, les instruments glissent mieux, les frottements sont plus légers, les mouvements, toujours faciles, n'exigent aucun effort, et les sensations arrivent au chirurgien avec toute la netteté désirable.

Les seconds, au contraire, préoccupés et inquiets, ne se décident qu'à la dernière extrémité, vaincus en quelque sorte par la force des exhortations. A peine l'instrument a-t-il pénétré quelque peu, que les douleurs augmentent et s'accroissent, devenant d'autant plus fortes que la sensibilité excitée provoque la contraction des tissus sous-jacents. L'instrument, serré dans l'urètre et au col vésical, ne peut être mû sans effort et sans occasionner des frottements pénibles, que le chirurgien le plus habile ne réussit pas à éviter, et qui s'opposent à la perception des sensations tactiles, dont il a tant besoin, ou les rendent confuses en les compliquant.

Mais c'est par leurs suites surtout que se manifestent les principales différences entre des opérations pratiquées dans des conditions si dissemblables. Chez le malade convenablement préparé et opéré suivant les préceptes de l'art, on n'observe que de loin en loin les accidents graves que provoquent les réactions violentes; s'il en survient, l'art est rarement obligé d'intervenir, l'équilibre des fonctions se rétablissant presque toujours de lui-même.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, lorsqu'on a opéré sans préparation, et alors même que la manœuvre a été là plus régulière, il survient une réaction plus ou moins vive, déterminant des troubles fonctionnels intenses, ou des mouvements fébriles et nerveux parfois très-graves. Ces accidents sont si communs, que j'ai vu plusieurs praticiens éclairés les considérer comme inévitables.

On ne placera pas sur la même ligne les effets du traitement préparatoire que je viens d'indiquer et les résultats recherchés et obtenus par les opiacés et les anésthésiques. Ce sont des indications, des procédés, des actions organiques d'ordre essentiellement différent.

Dans le premier cas, on se propose directement une diminution lente et progressive de la sensibilité d'un organe déterminé, afin de le disposer à supporter l'opération qu'on a l'intention de pratiquer sur lui. L'action est exclusivement locale et ne change en rien les conditions générales de l'organisme.

En usant des opiacés et des anésthésiques, le praticien laisse de côté l'organe sur lequel il veut agir; c'est au système nerveux, au centre de la vie et de la perception, et par suite à l'ensemble de l'économie qu'il s'attaque.

Par mon traitement préparatoire, on diminue effectivement l'irritabilité de l'organe; par les autres on la déguise, on la suspend.

Le premier laisse au malade le plein exercice de ses facultés, l'appréciation de l'action exercée sur lui, la possibilité de commander à ce qui l'entoure; les autres le plongent dans un anéantissement intellectuel et moral absolu, et le soustrayent momentanément à la vie active.

Les inconvénients des opiacés sont bien connus; et je n'ai pas à discuter ici l'utilité des anésthésiques, dans la pratique générale de la chirurgie; mais je ne saurais trop m'élever contre l'abus qu'on en fait dans le traitement des maladies des organes urinaires.

A l'exception de la cystotomie, de l'urétrotomie interne et d'un petit nombre d'autres opérations, l'emploi du chloroforme est non-seulement inutile, mais susceptible de faire commettre de graves méprises et de causer de grands malheurs.

Pour opérer, par exemple, la destruction d'un calcul vésical, dans certains cas compliqués, lier ou extirper une tumeur de la vessie, etc., le chirurgien le plus éclairé et le plus habile a besoin non-seulement de l'action exercée de ses sens, mais encore de toutes les circonstances qui peuvent lui venir en aide, le guider dans sa marche et ses recherches, l'avertir s'il s'égare, et même l'arrêter au besoin dans ses mouvements. Or, tout est inerte et silencieux chez le malade chloroformé, et l'opérateur se trouve absolument réduit à sa main et à son expérience. Supposez un chirurgien non mûri encore par la pratique, mais hardi, entreprenant, ce qui n'est pas rare, en face d'un malheureux patient privé de sensibilité et de mouvement,

quelles seront les conséquences possibles des manœuvres qu'il exécutera à tâtons, pour ainsi dire, dans le corps devenu presque cadavre? Les faits de ce genre ne sont pas de ceux dont on entretient le public, mais le peu qu'on en sait suffit pour intimider les plus intrépides.

Les chirurgiens trouveront, j'espère, dans cet ouvrage et dans mon *Traité de la Lithotritie,* toutes les preuves désirables de la haute utilité pratique du traitement préparatoire que j'ai institué. Ils l'emploieront comme les préliminaires des opérations qu'ils auront à pratiquer sur les organes urinaires; et j'ai la certitude qu'en se conformant aux préceptes exposés, ils réussiront comme moi dans son application.

Je prie l'Académie d'être bien persuadée qu'il n'a fallu rien moins que la conviction la plus intime à cet égard, pour me déterminer à entrer ici dans d'aussi longs détails sur un point particulier de pratique.

Le moyen qui me paraît mériter la préférence, et que je ne crains pas de recommander à l'attention des chirurgiens, consiste dans l'usage des bougies molles, en cire, instrument fort commun, très-usité en chirurgie et dont j'ai soumis l'emploi à des règles déterminées et précises, de manière à rendre son action plus douce et plus sûre.

On porte dans l'urètre une de ces bougies, très-fine, très-lisse et très-molle, qu'on retire immédiatement. Cette opération est répétée le lendemain et les jours suivants. Si le canal est très-irritable, la bougie est retirée dès que le malade commence à souffrir, sans qu'elle ait pénétré profondément. Elle n'arrive quelquefois dans la vessie que du troisième au cinquième jour.

En procédant avec une certaine lenteur, sans mouvements saccadés, à l'entrée comme à la sortie de la bougie et en ne la laissant jamais séjourner, elle n'occasionne qu'une douleur très-légère, qui cesse bientôt, et chaque jour ensuite son introduction est de moins en moins sentie. A la première bougie on en substitue une un peu plus volumineuse, et l'on arrive ainsi, très-graduellement, jusqu'à celles qui remplissent la capacité normale de l'urètre.

Pendant cette préparation locale, qui exige de huit à douze jours, le chirurgien combat l'irritation générale et les états morbides qui peuvent exister; il modifie le régime, régularise l'exercice des fonctions, et, par des observations journellement répétées, il se trouve en position d'acquérir une connaissance plus complète de l'état du malade, de faire un choix plus judicieux de la méthode et du procédé auxquels il convient de recourir, de saisir les indications particu-

lières, en un mot d'arrêter son plan de conduite avec toute la certitude désirable, conditions qui échappent en partie lorsqu'on opère d'emblée, et qui ont cependant une grande part au résultat du traitement.

La somme des petites douleurs que détermine la bougie dans un urètre non rétréci, et pour le seul but d'en diminuer la sensibilité, n'a rien de comparable avec celle qu'occasionne ordinairement un seul cathétérisme pratiqué à la première visite. Aussi n'ai-je jamais observé d'accident sérieux, pendant ce traitement préparatoire, que j'ai appliqué des milliers de fois et presque toujours avec les plus grands avantages.

Cette préparation est également favorable dans les cas de rétrécissements de l'urètre et de maladies du col et du corps de la vessie, etc. Mais la manière de procéder doit être appropriée à ces états, et les effets obtenus présentent de notables différences. Sans rentrer dans des développements qui ne peuvent trouver ici leur place, il me suffira de dire que dans ces diverses circonstances l'insensibilité des organes peut être obtenue de manière à rendre supportables aux malades les opérations les plus laborieuses, et à écarter la plupart des dangers qu'elles entraînent.

Sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage de la glotte.

Extrait d'un rapport à l'Académie de médecine par M. TROUSSEAU.

Dans la séance du 14 septembre dernier, M. le docteur Bouchut a eu l'honneur de lire un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage de la glotte.

Il cherchait à démontrer qu'il était facile de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures, et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte; et qu'il était possible de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx, par ce moyen, de préférence à la trachéotomie. Vous avez, pour examiner cette question, nommé une Commission composée de MM. Blache, Nélaton et moi; je viens aujourd'hui, comme rapporteur, vous exprimer l'opinion de cette Commission sur le travail de M. Bouchut.

Depuis plusieurs années, un grand nombre de médecins ont rivalisé d'efforts pour combattre le croup, l'une des plus terribles maladies de l'enfance.

Tant que les concrétions diphthéritiques étaient limitées au pharynx, où elles prennent le plus ordinairement naissance, la méthode

d'Arétée, consistant dans des applications d'alun et de substances végétales astringentes, les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, indiquées par Boërhaave, Van Swieten et les médecins du siècle dernier, les applications topiques de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, de sublimé, l'emploi du cautère actuel, pratiqué en 1827 par M. Bonsergent, de Romorantin, et remis récemment en honneur par MM. Valentin et Danvin, tous ces moyens divers, agissant dans le même sens, suffisaient le plus souvent pour arrêter les progrès du mal et empêcher qu'il se propageât dans le larynx.

Les travaux de M. Bretonneau avaient remis en honneur la médication topique, trop souvent oubliée, et cette médication, la plus puissante que l'on connaisse dans le traitement de la diphthérite, bien qu'elle ne soit pas infaillible, restait inefficace, le plus souvent, du moment que le mal s'était propagé au larynx. Il est vrai que M. Bretonneau, en exprimant sur les ligaments aryténo-épiglottiques une éponge imbibée d'acide chlorhydrique ou de solution cathérétique, faisait pénétrer dans le larynx une certaine quantité de l'agent médicamenteux ; il est vrai qu'en insufflant, avec un appareil particulier, de l'alun dans la gorge, il forçait l'enfant à inspirer jusque dans la trachée-artère et dans les bronches une certaine quantité de cette poussière astringente; il est encore vrai que ce même praticien, faisant inspirer à ses malades des vapeurs d'acide chlorhydrique, procédé repris plus tard par M. le docteur Homolle, agissait sur la membrane muqueuse des voies aériennes, comme il le faisait sur le pharynx lui-même ; mais ces procédés, ou imparfaits, ou dangereux, n'atteignaient que bien rarement le but curatif que l'on se proposait.

Beaucoup de médecins fort recommandables et grands partisans de la médication topique dans la diphthérite pharyngienne en sont arrivés à ce point, qu'ils ne veulent plus continuer ces moyens, du moment que le larynx est envahi.

M. Girouard, de Chartres, proposait de porter directement, à l'aide d'une sonde, des médicaments cathérétiques jusque dans le larynx ; mais il faut convenir qu'à M. Horace Green, de New-York, appartient l'honneur d'avoir méthodiquement et systématiquement traité la diphthérite, quand elle occupait le larynx, par les caustiques introduits à l'aide d'une petite éponge, placée à l'extrémité d'une baleine convenablement recourbée ; un peu plus tard, M. Loiseau, de Montmartre, qui ne connaissait pas les travaux de M. Green, à l'aide d'appareils fort ingénieux, portait dans le larynx et dans la trachée, chez les enfants atteints de croup, des solutions de tannin,

des solutions caustiques, et ces deux praticiens pouvaient ainsi sauver un certain nombre de malades, qui eussent infailliblement péri si l'on n'eût pratiqué cette opération. L'efficacité si incontestable de la trachéotomie, pratiquée dans la période extrême du croup, donna à quelques médecins l'idée d'introduire dans le larynx, par la bouche, un instrument qui pût remplacer la canule de la trachéotomie et sauver une opération sanglante.

M. le docteur Reybard est peut-être le premier qui ait mis cette idée à exécution et qui ait placé à demeure, dans le larynx et dans la trachée, une sonde de gros calibre, qui ressortait par la bouche, et que l'on fixait au dehors; nous sommes obligés de convenir que, si l'idée était bonne, l'exécution en était mauvaise; aussi l'ingénieux chirurgien dont je viens de citer le nom y renonça-t-il probablement lui-même. M. Loiseau avait imaginé des tubes métalliques, dont je vous ai montré moi-même, ici, plusieurs modèles, lorsque je fus chargé, l'an dernier, de faire un rapport sur les travaux de ce médecin; il les avait fait confectionner chez M. Charrière, dès le mois de juillet 1857, comme les livres de ce fabricant d'instruments en font foi. En vous montrant ces tubes, que M. Loiseau voulait fixer dans le larynx et dans la première portion de la trachée-artère, afin de faciliter l'expulsion des fausses membranes et l'introduction des médicaments, j'exprimai des doutes sur la possibilité et sur l'opportunité de cette introduction; et je me croyais d'autant plus fondé à le faire que M. Loiseau s'était contenté de faire exécuter les instruments par M. Charrière et par d'autres fabricants, sans les appliquer jamais. Notre collègue, M. Jobert, ne croyait pas non plus que le procédé de M. Loiseau fût applicable; en effet, dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, recueillie par un de ses élèves, M. Barde, et publiée quelque temps après, dans le numéro du 17 juin 1858 de la Gazette des Hôpitaux, c'est-à-dire près de deux mois avant que M. Bouchut eût appliqué le tubage du larynx, il s'exprime en ces termes : « Enfin, M. Loiseau a préconisé l'introduction des canules dans le larynx et la trachée. Il y a longtemps déjà, j'avais cru que ces canules pourraient rendre de grands services, mais j'ai dû y renoncer. » Il ajoute plus loin : « Je récuse donc encore ce procédé, et c'est pour donner exclusivement ma confiance à la trachéotomie. »

Si je suis entré dans tous ces détails, ce n'est pas pour discuter une stérile question de priorité; personne, en effet, ne peut révoquer en doute, d'après les faits et les dates que je viens de citer, que l'idée du tubage du larynx et de la trachée n'appartienne à M. Rey-

bard et surtout à M. Loiseau ; mais à M. Bouchut appartient l'honneur d'avoir fait de cette idée une application pratique.

Le premier, il a placé et maintenu dans le larynx d'enfants atteints de croup un tube métallique par lequel l'air a pu être introduit plus aisément et les fausses membranes plus facilement expulsées ; il a rapporté des faits qui, pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.

Au moyen d'une sonde ordinaire percée à ses deux extrémités, introduite comme conducteur par la bouche, à l'intérieur du larynx, il porte dans la glotte une virole de forme particulière, qu'il retient au dehors à l'aide d'une amarre en soie, et qui reste en place de un à trois jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la disparition des phénomènes d'asphyxie.

Cette virole est garnie à son extrémité supérieure de deux bourrelets destinés à la maintenir dans la glotte, sur la corde vocale inférieure, à la façon d'un de ces boutons mobiles, en forme de poulie, dont on se sert pour maintenir les plis de poitrine des chemises d'homme.

La tolérance de cette virole par la glotte s'établit rapidement ; elle ne gêne pas les fonctions de l'épiglotte qui s'abaisse sur elle, de manière a empêcher les boissons de pénétrer dans les voies aériennes ; elle donne un facile passage à l'air, puisqu'elle arrondit, en l'élargissant, l'ouverture longitudinale, étroite et contractile, que limitent les cordes vocales, et elle peut permettre le passage des fausses membranes qui se détachent de la trachée et des bronches.

Nous avons à examiner maintenant : d'abord, si le procédé est facile ; deuxièmement, s'il est dangereux ; troisièmement, s'il est utile ; quatrièmement, nous aurons à le comparer à la cautérisation directe du larynx, et enfin à la trachéotomie.

Premier point. *Facilité d'exécution.* — A l'aide de l'espèce d'armure que M. Loiseau a imaginée, pour protéger le doigt indicateur de la main gauche contre la morsure, le médecin peut assez facilement pénétrer jusqu'à l'épiglotte d'un enfant, pourvu qu'il ait plus de deux ans (car, au-dessous de cet âge, le doigt de l'opérateur est trop gros pour ne pas augmenter la suffocation), et la relever de manière à diriger sûrement dans le larynx une sonde convenablement recourbée ; il n'y a donc vraiment rien de très-difficile dans cette petite opération qui, d'ailleurs, peut être facilitée par des baillons à écrous mobiles, que l'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie.

Nous devons dire toutefois que, d'après les expériences faites à

l'hôpital des Enfants, le volume du doigt de l'opérateur introduit et maintenu quelque temps dans la gorge est tellement considérable, relativement au calibre de la partie inférieure du pharynx, que le petit malade étouffe, à moins que l'opération ne soit faite avec une rapidité et une dextérité qu'il n'est pas donné à tout le monde d'atteindre.

Si le cathétérisme est en général une chose facile avec les restrictions que nous venons d'indiquer, il n'en est plus de même du tubage de la glotte. A l'hôpital des Enfants, les mêmes internes qui, plusieurs fois, avaient fait le cathétérisme du larynx, n'ont pu parvenir à exécuter l'opération du tubage sur le cadavre; et M. Guersant, chirurgien de l'hôpital, dont tout le monde connaît l'habileté, n'a pu y parvenir, dans une tentative faite sur le cadavre, en se servant des instruments fabriqués par M. Mathieu, sur les indications de M. Bouchut; ce qui ne veut pas dire que nous contestions le moins du monde les résultats obtenus par M. Bouchut lui-même; mais cela prouve tout au moins que le manuel opératoire n'est pas aussi simple que l'auteur veut bien le dire. Nous ajouterons encore qu'entre les mains de M. Bouchut, si nous en croyons ce qui nous a été rapporté par ses collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, ce tubage a été quelquefois beaucoup plus difficile que ne semble le dire son auteur.

D'un autre côté, nous sommes frappés par quelques détails contenus dans les observations de M. Bouchut, desquels il résulte : ou que M. Bouchut a cru le tube introduit dans les lèvres de la glotte alors qu'il ne l'était pas, ou bien que la physiologie du larynx est tout entière à refaire.

Dans la première observation, « aussitôt le tube introduit dans le larynx (est-il dit), *l'enfant a pu parler à voix basse et dire qu'il se trouvait beaucoup mieux*, » tandis que dans la seconde observation, « l'enfant, dans la voix était complétement abolie et qui ne parlait que des lèvres avec un bruit guttural à peine appréciable, a pu *immédiatement parler d'une voix plus forte*, gutturale, il est vrai, mais assez claire, assez nettement articulée pour qu'on l'entendît distinctement dire : *Otez-moi cela*. En même temps, la toux éteinte fut remplacée par une toux plus forte, plus éclatante. »

En présence de ces faits observés et racontés par un homme de la valeur de M. Bouchut, nous nous demandons si ces observations ne renversent pas toutes les idées généralement reçues sur le mécanisme de la voix et de la toux; nous nous demandons comment une voix claire et nette, comment une toux éclatante peuvent se produire,

lorsque le jeu des cordes vocales est complétement aboli, lorsque celles-ci même n'existent plus, le tube laryngé occupant leur place.

Deuxième point. *Innocuité du tubage du larynx.* — Il n'est pas probable que l'application, pendant un ou deux jours, d'un tube laryngé, puisse être suivie de grands inconvénients; il en résultera sans doute une irritation inévitable des points en contact avec l'instrument; mais les ulcérations des cordes vocales, les nécroses des cartilages ne pourraient guère survenir que si le tube restait plusieurs jours dans le larynx; or, toutes les fois que la guérison pourrait avoir lieu dans un espace de temps très-court, qui ne dépassât pas trois ou quatre jours, on ne devrait pas craindre des accidents résultant de l'emploi de ce moyen nouveau.

Si, au contraire, la persistance de la diphthérite impose la nécessité de laisser le tube huit, dix, quinze jours entre les lèvres de la glotte, nous sommes convaincus qu'après la guérison du croup il resterait du côté du larynx de très-graves désordres, qui pourraient amener une altération irremédiable de la voix, et peut-être, ultérieurement, des accidents beaucoup plus graves encore.

Que si le tubage de la glotte était au contraire mis en pratique pour les maladies chroniques du larynx, comme, dans ce cas, il existe fort souvent des nécroses et des ulcérations, les inconvénients du moyen ne seraient plus les mêmes, et l'on pourrait, sans augmenter les désordres locaux, tenir les voies aériennes ouvertes assez longtemps, et retarder la suffocation et la trachéotomie.

Mais si, comme cela s'observe quelquefois, la suffocation était le résultat d'une affection syphilitique, l'introduction d'un tube pendant quelques jours pourrait donner au médecin le temps d'employer des remèdes héroïques, qui, luttant contre la cause de la lésion, la modifieraient assez profondément pour faire cesser, en partie, le gonflement de la membrane et permettre d'enlever le tube sans danger.

D'un autre côté, les observations de M. Bouchut ont démontré que l'on n'avait pas lieu de redouter un accident que, au premier abord, on devait croire inévitable; je veux parler de l'introduction des boissons dans les voies aériennes. Les faits rapportés par l'auteur du mémoire font voir que, nonobstant la dilatation permanente de la glotte à l'aide d'un tube métallique, la déglutition s'est opérée avec une parfaite facilité.

Troisième point. *Utilité du tubage.* — M. Loiseau en proposant, M. Bouchut en exécutant le premier le tubage du larynx, et avant eux M. Reybard, en introduisant une sonde à demeure dans les voies aériennes, avaient eu l'idée de remplacer, et par conséquent

d'éviter la trachéotomie. Je ne discuterai pas ici la méthode de M. Reybard : il est trop évident qu'elle est inadmissible. La très-grosse et très-longue canule, dont le modèle a été présenté l'an dernier par M. Loiseau, ne pourrait guère demeurer entre les cordes vocales, et je doute fort qu'elle pût y être introduite sans produire des déchirures ou d'autres désordres sérieux; je dois à la vérité de dire que ces tubes de M. Loiseau ne devraient pas, d'après les idées de l'auteur lui-même, rester plusieurs jours dans le larynx, mais qu'ils devraient y faire un séjour momentané, afin de permettre au médecin d'introduire plus facilement dans la trachée et dans les bronches de petites sondes porte-caustique et des curettes très-ingénieusement imaginées par M. Loiseau. C'est donc le tube de M. Bouchut, qui, seul, doit être examiné ici.

A priori, et jusqu'à plus ample informé, il me paraît qu'un tube de ce genre, placé entre les cordes vocales, doit retarder et peut-être empêcher complétement l'asphyxie croupale, toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte ; mais s'il ne s'agit que d'une laryngite aiguë, sans production de fausses membranes (et la mort par asphyxie est produite, bien que très-rarement, par cette phlegmasie), on comprend que le tubage du larynx puisse et doive empêcher la mort, et par conséquent suppléer parfaitement à la trachéotomie.

A plus forte raison comprendrons-nous son utilité dans le traitement de ce que l'on appelle improprement l'*œdème de la glotte*, et quoique notre collègue, M. Jobert, dans la leçon clinique dont j'ai parlé plus haut, ait repoussé le tubage du larynx proposé par M. Loiseau dans l'œdème de la glotte, je suis obligé de ne pas adopter ici entièrement l'opinion du chirurgien éminent de l'Hôtel-Dieu.

Il est bien clair que, dans l'œdème aigu non symptomatique de la glotte chez l'adulte, qui est en définitive la même maladie que le pseudo-croup de l'enfant, le tubage pourrait être une ressource puissante et radicale; mais si l'on considère que l'œdème de la glotte est ordinairement le symptôme de la nécrose du squelette du larynx, où de toute autre lésion très-grave, on comprendra que le tubage qui, dans ce cas, devrait être permanent, pour être tout à fait utile, ne peut en aucune façon remplacer la trachéotomie, qui occasionne une gêne beaucoup moindre; mais revenons au croup.

Le tube laryngé de M. Bouchut n'a pas, que je sache, d'influence curative au point de vue de la phlegmasie diphthéritique; ce n'est qu'un moyen mécanique propre à retarder l'asphyxie; il n'empêchera donc pas la fausse membrane de persister dans le larynx et

de se propager un peu plus bas, et dans la première portion de la trachée, à moins que l'on enlève le tube laryngien de temps en temps, ou qu'on ne s'en serve pour introduire des agents substituteurs ou astringents, par la méthode de MM. Green et Loiseau.

Mais si la fausse membrane tapisse la trachée-artère, le tubage n'offrira qu'une ressource bien limitée.

J'ose à peine exprimer ici une opinion qui a germé depuis longtemps dans mon esprit, parce que je ne la crois pas encore environnée de preuves suffisantes. Tous les médecins ont pu être frappés de l'extrême gravité du croup chez l'adulte, si bien qu'il existe peu de cas authentiqnes de guérison, lorsque la fausse membrane existait évidemment dans le larynx, et, chose remarquable, bien que la trachéotomie ait été assez souvent faite dans le cas de croup de l'adulte (et moi-même j'ai fait plusieurs fois l'opération), je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul fait de guérison après la trachéotomie. Je me suis souvent demandé si cela ne tenait pas à ce que larynx étant beaucoup plus large, l'asphyxie était moins prompte que chez l'enfant, et qu'alors les fausses membranes avaient le temps de se propager dans la trachée et dans les bronches, avant que la suffocation devînt imminente et obligeât le chirurgien à pratiquer la trachéotomie. Le tubage du larynx n'agirait-il pas dans le même sens, et ne serait-ce pas au tubage lui-même que, indirectement, il est vrai, il faudrait attribuer la mort des enfants traités par M. Bouchut, car tous ceux qu'il a traités sont morts : deux, toutefois, ont survécu, mais après avoir subi la trachéotomie, pratiquée *in extremis?* Si, comme M. Bouchut le dit lui-même, le tubage était un moyen de retarder la trachéotomie, qui plus tard sera inévitable, ne serait-ce pas la condamnation de ce procédé ? Car nous verrons plus loin, lorsque nous défendrons la trachéotomie contres les attaques de M. Bouchut, que, suivant les relevés de MM. Roger et Sée, tous deux médecins de l'hôpital des Enfants, la proportion des guérisons par la trachéotomie est d'autant plus grande que l'opération a été faite à une époque moins voisine de la mort probable [1].

Quatrième point. — Il nous reste maintenant à comparer ce procédé à ceux à l'aide desquels on essaye d'enlever du larynx lui-même les fausses membranes qui l'obstruent. Il est un point préalable qu'il faut établir, c'est le suivant : en général, et même dans la presque universalité des cas, les malades atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx. La preuve de cette proposition, c'est que, immé-

---

[1] Voir cette note au *Bulletin des Hôpitaux*, p. 420 de la présente livraison.

diatement après la trachéotomie, les malades, à très-peu d'exceptions près, éprouvent un soulagement immense, lequel dure aussi longtemps que les parties situées au-dessous de la canule ne sont pas profondément envahies ; on acquiert ainsi la démonstration de la proposition que j'avais établie, savoir que, avant la trachéotomie, la mort vient par l'occlusion du larynx.

On se demande maintenant si l'éponge à l'aide de laquelle M. Green enlève les fausses membranes qui tapissent la glotte, si la sonde conductrice laryngée qu'emploie M. Loiseau pour porter des agents médicamenteux dans le larynx et pour y faire cheminer une espèce de curette, ne suffisent pas pour désobstruer le larynx et pour produire, par conséquent, un effet analogue à celui que produit le tubage. La difficulté pour introduire les instruments de MM. Green et Loiseau est infiniment moindre que pour le tubage de M. Bouchut. Le procédé des deux premiers aurait cela d'avantageux, qu'il ne serait pas seulement un moyen mécanique, mais un acte véritablement curatif [1].

M. Bouchut vous a lu deux observations ; il a fait parvenir à la Commission le résumé de cinq autres cas. Nous en donnons ici le compte rendu très-succinct :

Obs. I. La première fois que le tubage est pratiqué, c'est sur une fille affectée de diphthérite des oreilles, du bras, du larynx, ayant amené l'asphyxie avec cyanose et anésthésie complète. Le tube est resté trente-six heures en place dans la glotte, et le larynx a pu être désobstrué de ses fausses membranes ; l'empoisonnement diphthéritique et une pneumonie ont fait périr la malade, mais elle était guérie du croup, et la canule l'avait préservée de l'asphyxie et de la trachéotomie.

Obs. II. Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de trois ans et demi, affecté de croup, avec un commencement d'asphyxie. La virole introduite est restée quarante-deux heures en place, sans gêner les fonctions de l'épiglotte ni amener d'accès de suffocation. Par elle ont pu s'échapper, à deux reprises, de larges morceaux tubulés de fausses membranes provenant des bronches, et l'enfant

---

[1] L'étendue du rapport de M. Trousseau nous force à supprimer la partie de ce travail dans laquelle le savant académicien compare le tubage du larynx à la trachéotomie, et défend cette dernière opération contre les attaques de M. Bouchut. Les résultats obtenus journellement à l'hôpital des Enfants, et que nous prenons soin d'enregistrer chaque année, ont édifié depuis longtemps nos lecteurs sur la valeur réelle de cette ressource ultime dans le traitement du croup. Ces succès, nombreux aujourd'hui, protestent bien haut contre cette accusation émise par M. Bouchut : *Une trachéotomie prématurée n'aurait d'autre avantage que d'exercer la main des opérateurs*. Nous reviendrons sur ces faits dès que la discussion qui se poursuit en ce moment à l'Académie sera terminée. (*Note du Rédacteur en chef.*)

a d'abord échappé à l'asphyxie. Peu à peu, cependant, l'obstacle à l'entrée de l'air s'est reproduit; il y a eu menace de suffocation, et la trachéotomie, qui avait pu être reculée de deux jours, est devenue nécessaire. L'enfant a guéri.

Obs. III. Fille de quatre ans; angine couenneuse et laryngée. Cautérisation des amygdales par le fer rouge, soulagement momentané, suffocation ultérieure; tubage pendant une heure, pas de soulagement; trachéotomie, continuation de l'asphyxie, mort au bout de douze heures.

Obs. IV. Le petit-fils de M. Laroze, affecté d'angine couenneuse et de croup à la troisième période, avec anésthésie; enfant de quatre ans. Tubage, retour de la sensibilité; au bout de douze heures, asphyxie nouvelle et anésthésie; mort. Le tube, de 11 millimètres de diamètre, retiré par le docteur Laroze, était libre de tout obstacle; l'enfant avait pu rejeter des fausses membranes, cracher et vomir sous l'influence de l'émétique, sans rejeter le tube glottique.

Obs. V. Garçon de cinq ans et demi, affecté d'angine couenneuse et de croup anésthésique, c'est-à-dire à la troisième période. Tubage avec un tube de 11 millimètres, pendant dix-neuf heures, sans suffocation; en le retirant, on amène des fausses membranes et l'enfant respire bien; au bout de trois heures, suffocation, nouveau tubage; la suffocation continue sans anésthésie et on fait la trachéotomie. Il ne sort pas de fausses membranes et l'enfant meurt peu après; l'autopsie a démontré qu'il n'y avait plus de fausses membranes dans le larynx, qui était complétement libre; ce fut une trachéotomie inutile.

Obs. VI. Garçon de six ans, affecté d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et anésthésie complète; tubage, sortie d'un morceau de fausse membrane et disparition de l'anésthésie. Au bout de huit heures, asphyxie nouvelle, et, peu après, trachéotomie, qui amène un soulagement immédiat. Cet enfant a été pris, dans sa convalescence, d'une pleurésie et d'une anasarque, qui ne laissent pas d'espoir. Toutefois, il a guéri.

Obs. VII. Fille de treize ans et demi, affectée d'angine couenneuse et de croup, avec cyanose et demi-anésthésie. Tubage, disparition de la cyanose et sortie d'un fragment de fausse membrane; au bout d'une heure, retour de l'asphyxie avec cyanose et anésthésie complète. Trachéotomie, persistance des phénomènes d'asphyxie et mort. Les ramifications bronchiques étaient envahies jusque dans leurs dernières extrémités par les fausses membranes.

Le tubage a donc été pratiqué sept fois : cinq enfants sont morts; les deux seuls qui ont guéri ont subi la trachéotomie; certes, de pareils résultats ne sont pas encourageants, et M. Bouchut, qui accusait si facilement la trachéotomie, n'aurait pas le droit de trouver sévères ceux qui voudraient jeter quelque blâme sur le tubage.

Nous devons, toutefois, à l'impartialité, de dire que nous ne croyons pas le tubage cause de la mort chez ces cinq enfants, pas plus que nous n'accusons la trachéotomie de la mort de ceux chez lesquels elle est pratiquée.

Le tubage du larynx n'a tué aucun enfant; il a, chez plusieurs, retardé la mort, et nous avons la certitude qu'il ne l'a accélérée chez aucun. Dans notre opinion, mieux eût valu pratiquer la trachéotomie dès que toutes les ressources médicales semblaient épuisées; et

il est probable que si l'on a égard aux statistiques que plus haut nous avons indiquées, des sept enfants traités par M. Bouchut, deux auraient survécu.

Est-ce à dire que le tubage soit un procédé qu'il faille rejeter ? Nous ne le pensons pas : le procédé est encore nouveau, et l'on doit espérer que chaque jour apportera un perfectionnement, et que dans un avenir prochain le tubage du larynx aura à enregistrer quelques succès positifs ; et si l'avenir prouvait que, dans les laryngites aiguës simples, qui tuent quelquefois par occlusion laryngée, le tubage, pratiqué pendant quelques heures, a empêché la mort et laissé le temps d'agir à des médicaments utiles, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus. En attendant, votre Commission doit se borner aux conclusions suivantes :

1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie.

3° Dans le traitement du croup, il retarde l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique.

4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De quelques généralités et de quelques considérations applicables à la préparation des alcoolés ou teintures alcooliques.

Par M. Mouchon, pharmacien à Lyon.

La question des teintures a une telle importance que, plus on y réfléchit, plus on est étonné de ne pas la trouver en parfaite harmonie avec les progrès incessants de notre époque.

Lorsque la Société de pharmacie de Paris, dans un de ces beaux mouvements d'initiative qui témoignent si hautement de cette importance et de sa sollicitude éclairée pour toutes les questions scientifiques d'un puissant intérêt, en provoqua l'étude et chercha, par ses utiles conseils, à en faciliter la solution, rien de bien important n'avait été entrepris dans ce but, si ce n'est mon mémoire sur les

éthérolés que je m'étais efforcé de rendre aussi complet et aussi intéressant que possible, et qui, cependant, n'a pas obtenu le succès que j'en espérais.

Répondant dignement à l'appel de la Société de pharmacie, à cet appel si bien fait d'ailleurs pour exciter le zèle des hommes de sa valeur, M. Personne, avec cet esprit sagace qu'il sait si bien mettre au service de ses persévérantes et utiles recherches, remporta la palme promise au vainqueur, et fit faire un progrès réel à cette grande question, sans toutefois l'avoir complétement résolue. Il prouva, entre autres choses utiles, que les quatre parties de menstrue consacrées par le Codex, pour un grand nombre de teintures, étaient insuffisantes, à quelques exceptions près, et, par cela seul, il dut acquérir des droits incontestables dans l'esprit des juges du concours; mais il n'en laissa pas moins subsister quelques *desiderata* qui devaient nécessairement être la conséquence soit d'une sévère orthodoxie, soit d'une opinion qui a pour elle l'autorité d'une tradition respectable.

Avec un peu plus d'indépendance, il aurait pu reconnaître, comme je l'ai fait plus tard, en traitant de la teinture d'arnica, qu'il est quelquefois bon de franchir résolûment certaines limites, même en s'exposant tout à la fois à faire fausse route et à blesser l'opinion générale, deux écueils également dangereux contre lesquels se tiennent ordinairement en garde les esprits timorés.

Il aurait pu, en traitant l'arnica par l'eau bouillante et en combinant à 8 parties d'alcool à 34 degrés Cartier 8 parties d'infusé, contenant tous les principes actifs de la fleur, il aurait pu, dis-je, reconnaître l'excellence de ce mode et l'insuffisance, si bien constatée par moi, de celui que l'on met généralement en pratique ; puis, procédant par analogie ou par induction, il n'aurait pas craint d'en faire l'application à la préparation d'autres teintures non moins importantes, comme je l'ai fait depuis la publication de ma note ; et c'est ainsi qu'il aurait pu arriver à la généralisation d'un fait pratique que je crois fécond en bons résultats, pourvu, toutefois, que l'application en soit faite par des mains habiles et sans sortir des limites qui doivent être assignées par de sévères déductions, basées elles-mêmes sur la maturité de l'expérience.

Or, ce que n'a pas fait M. Personne, et ce que personne n'a fait, j'ai tenté de le faire moi-même, en tâchant d'éviter le double écueil que je voyais béant devant moi, mais dont je ne suis nullement effrayé, sous la double garantie de mes bonnes intentions et de la bienveillante indulgence de mes juges.

La préparation de la teinture d'arnica ayant servi de base à celle d'autres produits du même genre, je crois devoir en reproduire le mode, au risque d'un reproche plus ou moins fondé, attendu que j'éprouve le besoin d'indiquer une légère modification (que je reconnais très-utile) et de bien faire comprendre, en même temps, l'importance du procédé, particulièrement en ce qui se rapporte à cet alcoolé.

Teinture d'arnica.

Fleurs d'arnica contusées....................	1 partie.
Eau bouillante q. s. pour 8 parties d'infusé, soit.	8 parties.
Alcool à 34 degrés Cartier..................	8 parties.

Epuisez l'arnica par deux infusions de quatre heures de durée chacune, et en maintenant le liquide presque bouillant d'un bout à l'autre de l'opération ; soumettez chaque fois les fleurs à l'action de la presse, pour obtenir huit parties de produits ; filtrez ce produit, laissez-le refroidir pour le combiner à l'alcool, puis, après vingt-quatre heures de séjour dans un vase clos, filtrez-le au papier joseph.

L'alcoolé d'arnica, ainsi obtenu, a une intensité de couleur qu'est loin d'atteindre celui qui résulte du traitement direct par l'alcool, quel que soit le titre de celui-ci, et quelle qu'en soit d'ailleurs la proportion relative. Son degré aréométrique n'est que de 16, à l'échelle de Cartier, mais il ne pourrait être plus élevé sans préjudice pour son degré de saturation, l'alcool, au-dessus de cette densité, ayant moins d'affinité, d'autant moins d'ailleurs, pour les principes solubles de l'arnica, qu'il est plus concentré ; aussi il vaudrait mieux l'employer plus faible que plus fort, bien que le degré que j'ai adopté m'ait paru le plus convenable de tous.

Ainsi que je m'y attendais et que je devais m'y attendre du reste, mon procédé a passé sous les fourches caudines de la critique, mais il a reçu, par contre, les hommages d'une approbation pleine et entière. C'est ainsi qu'après avoir essuyé les coups de M. Garnier (de Paris), qui prétend que je suis en contradiction avec moi-même, et cela évidemment parce qu'il ne m'a pas compris ou n'a pas voulu me comprendre ; c'est ainsi, dis-je, qu'après une rude attaque, que je crois très-mal motivée, j'ai eu l'assentiment de quelques pharmaciens de la province, notamment de M. Pichon, d'Aix-les-Bains.

Dans une note insérée dans le Répertoire de pharmacie (t. X, p. 407), M. Pichon, en parlant de mon procédé, s'exprime ainsi : « Je dois me hâter de dire que chaque fois que j'ai eu à renouveler ma provision de cette teinture, je n'ai pas suivi d'autre procédé,

depuis environ deux ans, époque à laquelle j'ai eu occasion de connaître celui-ci. »

Plus bas, il ajoute : « Je ne dois pas omettre de signaler une remarque que j'ai faite plus d'une fois, et que je crois digne de fixer l'attention des pharmacologistes. En appliquant à la plante fraîche d'*arnica montana* un mode de traitement analogue à celui indiqué par M. Mouchon pour la préparation de la teinture, on obtient une alcoolature qui jouit d'une odeur suave bien prononcée, arome caractéristique de la fleur, qu'on chercherait en vain dans l'alcoolé, car il disparaît ou il se convertit en résine par la dessiccation de la plante. Ce principe balsamique particulier, ne dût-on lui accorder qu'une faible valeur thérapeutique, nous semble bien suffisant pour engager les praticiens à employer l'alcoolature, préférablement à la teinture, dans les localités où l'on peut se procurer la plante à l'état frais. »

Voici du reste ce que je trouve dans le contenu d'une lettre que m'écrivait précédemment M. Pichon : « Notre nouvelle pharmacopée pour les Etats Sardes donne bien la formule d'un alcoolé d'arnica, mais elle est loin d'être aussi rationnelle que celle que vous venez de proposer à vos confrères. Tous les pharmaciens, je n'en ai pas le moindre doute, s'empresseront de suivre cette dernière et de vous en témoigner leur satisfaction. »

Ce n'est pas précisément ce qu'a fait M. Garnier, parce qu'il n'a pas compris, je le répète, les avantages que présente mon procédé. Croyant mieux faire que moi, cet honorable pharmacien propose justement ce que je veux éviter, le passage successif de l'eau et de l'alcool sur la fleur, et cela sans aucun avantage pour le produit ; car, s'il est vrai que ce double traitement par les deux menstrues donne lieu à un bon produit, il est vrai aussi que le seul traitement par l'eau, comme je le propose, pour éviter la perte gratuite d'une quantité très-notable d'alcool, épuise complétement la fleur de tous ses principes actifs, lorsqu'on procède avec soin et avec l'aide d'une bonne presse ; et il est vrai enfin, contrairement à l'opinion de M. Garnier, que l'alcool, réduit au titre de 16 degrés, par son union à l'infusé, s'assimile parfaitement tous ces principes, pour ne laisser déposer qu'une masse complétement inerte, tout à fait indigne des regrets exprimés par ce confrère.

Ceci posé, une fois pour toutes, pour la justification d'un mode opératoire qui n'a rien de blessant pour la conscience la plus scrupuleuse, puisqu'il peut la satisfaire, tout en répondant aux principes d'une sage économie, voyons s'il peut être applicable, avec le

même succès, à la préparation d'autres teintures, et prenons pour exemple celle de l'alcoolé de digitale pourprée, parmi celles qui se recommandent le plus à notre attention. S'il est susceptible de quelques modifications, selon l'urgence des circonstances, le principe d'économie qui en a dicté l'application n'en restera pas moins pleinement satisfait, ainsi qu'on va le voir.

Teinture de digitale pourprée.

Digitale en poudre mi-fine........	250	5 parties sur 1.
Eau bouillante..................	225	
Alcool à 54° Cartier..............	625	

On exerce le déplacement avec assez d'eau bouillante, maintenue toujours aussi chaude que possible dans l'appareil, pour réaliser d'abord 500 grammes d'hydrolé, plus à peu près 300 grammes, pour arriver à un complet épuisement de la plante ; on fait réduire ce dernier produit à 125 grammes avec le secours d'une douce chaleur, afin de n'avoir en tout, par le mélange des deux produits, que les 625 grammes voulus, et, lorsque ce liquide est froid, on l'associe à son poids égal d'alcool. Vingt-quatre heures après, on filtre la teinture, dont le degré aréométrique est de 18 degrés, à l'échelle de l'aréomètre de Cartier, et dont l'intensité de couleur l'emporte sur celle de l'alcoolé du Codex, à tel point que la réussite est considérée comme complète, quelque prévenu que l'on puisse être contre ce nouveau mode de traitement, attendu d'ailleurs peut-être qu'il ne reste rien, ou presque rien d'actif, dans la plante épuisée par l'eau, et que le dépôt resté sur le filtre, après le mélange des deux liquides, peut être considéré comme insignifiant, par sa nature aussi bien que par sa faible quantité.

(*La fin au prochain numéro.*)

Pommade épispastique à l'huile de croton.

M. Bouchardat a émis, dans un de ses Annuaires, le vœu qu'on essayât d'appliquer l'huile de croton à l'entretien des vésicatoires. Voici une formule expérimentée avec succès à l'hôpital militaire d'Anvers par M. Van Bastelaer.

Axonge récente........	22 grammes.
Cire blanche..........	2 grammes.
Huile de croton........	6 grammes.

Fondez la cire avec l'axonge à une douce chaleur. Triturez le mélange dans un mortier chauffé, jusqu'à ce que le tout soit refroidi ; mêlez-y alors intimement l'huile de croton.

Cette pommade, plus excitante que la pommade de garou, serait très-bien indiquée chaque fois que l'on craint l'action des cantharides sur les voies urinaires.

Mixture calmante contre la névralgie dentaire.

Acétate de morphine....	1 décigramme.
Acide acétique.........	2 gouttes.
Eau de Cologne........	8 grammes.

Dans les névralgies dentaires, mettre un tampon de coton imbibé de ce liquide dans l'oreille correspondante à la partie malade. Suivant l'auteur, M. Balloy, la douleur cesse comme par enchantement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur une épidémie d'héméralopie. — Importance du foie de bœuf pour le traitement de cette maladie.

Puisque la question de l'héméralopie est à l'ordre du jour, permettez-moi d'extraire de l'un de mes rapports médicaux, adressé à la suite de la campagne de circumnavigation de la frégate *la Vénus* (juin 1839), les passages suivants. Vous accueillerez cette note avec d'autant plus d'intérêt que mon expérience tend à trancher un point important du traitement traditionnel opposé à cette maladie : la valeur du foie de bœuf, recommandé par les plus anciens auteurs.

« Une épidémie d'héméralopie se déclara dans la traversée des îles de Mendana (îles Marquises), à Taïti, et pendant le séjour dans ces îles ; sur un équipage de 430 hommes, 38 en furent atteints.

« Pour combattre cette affection, j'employai, tour à tour, les saignées générales et locales, les purgatifs, les vapeurs, d'eau simple ou émolliente, les collyres émollients et opiacés, les collyres excitants (ammoniaque, chlore), l'occlusion complète des yeux pendant le jour, le vésicatoire à la nuque et aux tempes, et les vapeurs d'une eau dans laquelle on avait fait bouillir du foie de bœuf coupé par tranches.

« Aucun de ces moyens, à l'exception du foie de bœuf, ne réussit ; les évacuations sanguines, les vapeurs émollientes apportèrent un peu d'amélioration chez quelques malades seulement ; les vapeurs excitantes, les collyres opiacés, les purgatifs, l'occlusion des paupières, les vésicatoires ne produisirent rien de bon. Les fumi-

gations de foie de bœuf seules furent un remède efficace et vraiment admirable, *pro tempore*. Chaque fois que je pus les administrer, l'héméralopie disparut complétement, presque toujours dès les deux ou trois premières applications, quelquefois dès la première, pendant dix, douze et même quinze jours. Mais, il faut bien le dire, au bout de ce temps, le malade, soumis à l'action incessante des mêmes causes, revenait à l'infirmerie.

« Fatigué d'employer des remèdes sans efficacité et, d'ailleurs, n'ayant pas toujours du foie de bœuf à ma disposition, je me bornai à proposer à l'autorité d'empêcher les hommes de dormir sur le pont, pendant la nuit, de les exempter de monter dans le gréement, également pendant la nuit; et je prescrivis simplement des ablutions avec de l'eau fraîche animée d'un peu d'eau-de-vie. Chose digne de remarque ! dès que nous eûmes changé de climat, l'héméralopie disparut comme par enchantement, et sans retour.

« L'épidémie que j'ai observée consistait, évidemment, dans un trouble fonctionnel et passager du système nerveux qui préside à la vision, trouble déterminé, très-probablement, par une constitution atmosphérique *spécifique*. L'affection ayant disparu par le fait d'un simple changement de milieu, elle ne réclamerait, selon moi, si elle se représentait dans des circonstances semblables, aucune médication active ; il suffirait de changer de latitude.

« A bord des bâtiments, il est important de distinguer les vrais héméralopes de ceux qui ne le sont pas, car il est aisé de simuler cette maladie, dont le principal symptôme, et on pourrait même dire le seul, ne permet qu'un contrôle difficile. »

Voilà ce que j'écrivais dans un rapport spécialement consacré à la pratique. Aujourd'hui j'ajoute quelques faits et quelques réflexions tirées de notes prises par moi ou puisées dans la relation de *la Vénus* :

La frégate quitta les îles de Mendana le 21 août 1838, arriva à Taïti le 30, et séjourna dans cette île jusqu'au 16 septembre de la même année.

Le groupe des Marquises est situé par + 10° 20′ de latitude sud; et Tahiti par + 17° 32′ de la même latitude.

Pour jeter un peu de lumière sur l'étiologie, ou du moins pour en faire l'essai, voici un tableau abrégé, mais exact, de la constitution atmosphérique régnant à l'époque dont il est question :

1° Constitution atmosphérique observée pendant le séjour dans le groupe des Marquises, pendant la traversée de ces îles à Taïti, et pendant le séjour dans cette dernière île : — Temps très-beau,

ciel pur et sans nuages ; sur vingt-huit jours, deux jours de pluie seulement. — Vents : est ; est-nord-est ; est-sud-est. — Température : + 26° (centigr.) — Air très-humide. Le point de rosée sur l'hygromètre de Daniel variait de 24° à 26° ;

2° Constitution atmosphérique observée après le départ de Taïti, pendant huit jours : — Quatre jours beaux, quatre jours pluvieux ou couverts. — Vents : sud-est , est-sud-est. — Température descendant de + 26° à + 20° et même + 19°. — Air plus sec, l'hygromètre de Daniel n'indiquant le point de rosée qu'à +20°, + 17° et même + 16°.

De ce qui précède, il résulte qu'une épidémie d'héméralopie prit naissance à bord de *la Vénus*, le 21 août 1838, et qu'elle se termina le 16 septembre de la même année, ayant ainsi duré vingt-six jours ; qu'elle sévit sur le onzième de l'équipage environ, dans une zone de 7 degrés de latitude sud ou de cent quarante lieues marines ; enfin, qu'elle disparut, à bien dire, spontanément, dès que la frégate eut changé de latitude.

Dès lors, il est naturel de conclure que l'épidémie fut déterminée par une constitution atmosphérique que l'on peut appeler héméralopique, comme on dit, sans preuve palpable, à la vérité, mais par induction logique, qu'il a existé, dans telle localité, une constitution propre au choléra, à la fièvre jaune, à la peste, etc. Dans l'espèce, l'action mystérieuse, spécifique de l'atmosphère, ce vaste océan gazeux qui renferme tant d'éléments dont on ignore les combinaisons variées à l'infini, est évidente, puisque la maladie se développa et persista sous l'influence de certaines conditions atmosphériques, tandis qu'elle cessa immédiatement sous des conditions différentes. Il est juste de tenir compte, dans cette épidémie, comme dans toute autre, de la prédisposition individuelle, ce qui explique pourquoi ceux-ci furent atteints, et ceux-là ne le furent pas. Quant à l'habitude de dormir sur le pont pendant la nuit, je n'y attache aucune importance; cette habitude étant très-répandue parmi les matelots, et l'héméralopie très-rarement observée.

De ce qui a été dit, il résulte encore que dans les circonstances où se trouva la frégate *la Vénus*, l'héméralopie se révéla sous la forme idiopathique, qu'elle ne fut ni précédée ni accompagnée de troubles cérébraux ou des voies digestives, qu'en un mot le seul symptôme fut la cécité nocturne; que les fumigations de foie de bœuf produisirent de merveilleux effets, mais que le changement de latitude fut, en définitive, le remède par excellence.

L'usage du foie de bœuf bouilli, dans l'héméralopie, remonte à

une haute antiquité, et son action salutaire a été observée par trop de personnes dignes de confiance pour qu'on puisse la mettre en doute. Cependant, on lit à ce sujet, dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 15 octobre, deux opinions très-contradictoires. Tandis que M. le docteur Fonssagrives attribue la guérison de la maladie au foie lui-même, M. le docteur Baizeau affirme que la décoction de mauve et de plantes aromatiques montre la même efficacité, et il conclut que la vapeur d'eau constitue le seul élément actif de la médication. Pour mon compte, j'ai appliqué à plusieurs reprises à des yeux héméralopes la vapeur d'eau simple ou émolliente, sans en retirer d'autres effets qu'un peu d'amélioration chez un petit nombre d'individus, et je n'ai jamais employé la décoction de foie de bœuf sans obtenir la disparition de l'héméralopie. Ma conviction est donc bien arrêtée : c'est au foie de bœuf qu'est due la bonté de la médication. Quels sont, en réalité, les éléments hépatiques doués de la propriété de guérir l'héméralopie ? L'attention est appelée sur la question ; il est à espérer que la science, réunie à l'expérience, ne tardera pas à l'éclaircir. — Dans les longues campagnes maritimes où le foie de bœuf manque souvent, il serait à désirer que l'on pût conserver en flacons un médicament anti-héméralopique d'une efficacité aussi bien reconnue. Docteur **Neboux**,

Chirurgien de la marine en retraite, à Paris.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Recherches statistiques sur la mortalité du croup et sur le nombre de guérisons obtenues par la trachéotomie. — Dans une statistique adressée récemment à l'Académie des sciences, M. Bouchut a cherché à prouver que la mortalité par le croup, dans la ville de Paris, a augmenté d'une manière considérable et progressive depuis trente-deux ans, et il se montre disposé à croire que la trachéotomie est la cause de cette augmentation dans le nombre des décès. Quoique nous n'ayons pas reproduit ce travail, parce qu'il reposait sur une fausse application des données de la statistique, nous placerons sous les yeux de nos lecteurs une note que MM. Roger et Sée, médecins de l'hôpital des Enfants, ont lue à la Société médicale des hôpitaux; elle vient à l'appui des conclusions que nous avons maintes fois formulées dans ce journal : la valeur réelle de la trachéotomie dans le traitement du croup.

Voici la note de MM. Roger et Sée :

Les chiffres et l'expérience unanime des médecins des hôpitaux d'enfants protestent contre l'assertion de M. Bouchut et ses accusations.

En prenant pour vraie la statistique purement administrative [1] dont il s'est servi (et elle n'est point exacte, puisqu'à côté des décès attribués au croup le nombre des guérisons reste inconnu) ; en examinant de plus près ces calculs, on n'y voit aucunement la mortalité croupale suivre, avec les années, une proportion *régulièrement* croissante qui devienne double, quadruple ; de 1826 à 1849, en quinze ans, le croup, d'après les tables mortuaires de l'administration, aurait fait 229 victimes par année, pour un million d'habitants; dans la série des quinze années suivantes, il en aurait fait 387, c'est-à-dire un *tiers* en plus, proportion bien différente de l'effrayante multiplication par 4 et même par 5, signalée par M. le docteur Bouchut.

Si, d'autre part, avec M. Marc d'Espine, on compare entre elles, sous le rapport de la mortalité par le croup, les treize années comprises entre 1830 et 1851, « on voit que la période de cette série est plus près d'être *stationnaire* que progressive. »

Bien plus, dans la dernière période de quinze ans, il y a des années où le chiffre des décès, loin d'avoir augmenté, a diminué malgré l'accroissement de la population : 1842 et 1843 ne fournissent que 275 et 211 morts, tandis qu'on en compte 282 en 1826.

Le seul fait que cette statistique démontre, c'est que les diverses années présentent entre elles, pour la proportion des décès, des différences considérables, et on ne peut légitimement imputer ces différences qu'au croup lui-même et à sa manifestation très-souvent

---

[1] D'après M. Marc d'Espine, de Genève, médecin distingué et statisticien éminent, les tables mortuaires de la ville de Paris n'offriraient aucune sécurité, *avec l'organisation actuelle* qu'on a d'ailleurs senti la nécessité de réformer. « En faisant la répartition par âges des décès appartenant à diverses maladies (et notamment à des affections qui déciment presque exclusivement, tout le monde le sait, la seconde enfance et la jeunesse), on arrive à des contre-vérités comme celles-ci : — L'homme meurt plus de la fièvre typhoïde, entre soixante-quinze et quatre-vingts ans, qu'entre trente-cinq et quarante ans ! — L'âge où il meurt le plus de phthisiques est quatre-vingts et quatre-vingt-cinq ans : entre vingt-cinq et trente ans il en meurt trois fois moins ! — Le maximum des décès phthisiques, pour la femme, est entre quatre-vingt-cinq et quatre-vingt-dix ans ; — et beaucoup d'autres énormités analogues qui toutes se reproduisent assez régulièrement d'une année à l'autre. »

épidémique : témoin l'épidémie de 1836, qui donne 70 décès de plus que 1843; celle de 1847, qui en fournit presque deux fois plus que les cinq années suivantes, chiffre maximum qui sera peut-être dépassé en 1858.

Si donc la mortalité par le croup a réellement augmenté dans ces derniers temps, c'est uniquement parce que cette affection redoutable, où la guérison spontanée est l'exception, est devenue plus fréquente, et parce que la forme épidémique peut lui avoir donné en même temps et plus d'extension et une gravité encore plus grande.

Cette explication si simple, et nous pouvons ajouter si vraie, n'est point acceptée par M. Bouchut, qui croit trouver la raison de l'aggravation du croup dans l'intervention et l'application plus générale de la trachéotomie; de telle sorte que, d'après ce docteur, la mortalité progressivement plus considérable serait le fait de l'homme de l'art et non de la maladie.

A cette accusation assez étrange de la part d'un médecin des hôpitaux, la statistique exacte de la trachéotomie pratiquée à l'hôpital des Enfants, depuis une vingtaine d'années, va répondre catégoriquement.

Dans les commencements, où l'on réservait l'opération pour des cas tout à fait désespérés, les succès furent rares : on les comptait; ils augmentèrent bientôt avec le nombre des admissions, qui, de 5 à 6 seulement par an, oscillèrent entre 15 et 25, de 1840 à 1849.

En 1850, sur 20 opérations, 6 réussissent complétement.

A partir de cette époque, et grâce à la simplification, au perfectionnement du mode opératoire et des soins consécutifs, la proportion des succès continue à progresser; si, négligeant le détail des séries annuelles, l'on réunit les chiffres des huit dernières années, de 1851 à 1858, on trouve 562 enfants atteints du croup : le nombre des opérations est de 466, et celui des guérisons de 126, c'est-à-dire plus du quart (27 pour 100).

La proportion des succès est plus forte encore, si, dans ce total de 466 cas, l'on considère seulement les résultats de l'opération chez les enfants un peu âgés : chez les sujets de six à douze ans, le chiffre des guérisons s'élève presque à la moitié (44 pour 100).

Voilà le nombre des enfants sauvés d'une mort, on peut dire certaine, par cette opération qui est accusée d'accroître le chiffre de la mortalité croupale!

Dans le but de diminer le nombre des décès qu'il impute à la trachéotomie, M. Bouchut conseille, pour la période de la maladie à

laquelle l'opération doit être faite, une pratique différente de celle de la plupart des médecins : or, la statistique démontre qu'avec cette pratique nouvelle la somme des guérisons est deux fois moindre que par l'ancienne (21 seulement au lieu de 64 pour 100).

Et, à la place de la trachéotomie qui lui paraît funeste, et que nous avons prouvé être le plus sûr moyen de salut dans le croup, que propose-t-il encore ? Le *tubage* du larynx, une opération sept fois tentée et qui a échoué sept fois ; une opération après laquelle on fut forcé, chez quatre des sept malades, d'en venir à la trachéotomie qui sauva un des enfants. Ce fut le seul.

Les médecins regardent la trachéotomie comme une ressource dernière et précieuse contre le croup, ainsi que le prouvent l'accroissement du nombre des opérations en ville et surtout celui des admissions à l'hôpital des Enfants : que les faits établis par nos recherches, par des chiffres exacts, authentiques, affermissent leur confiance en l'opération ; que les familles inquiétées par la publicité donnée à une statistique effrayante de la mortalité croupale, statistique dont le peu de valeur est à présent démontré, se rassurent pareillement ; la trachéotomie, qui guérit dans la proportion de 27 pour 100, et, pratiquée au moment opportun, en des conditions favorables, dans la proportion considérable de 64 pour 100, est une cause incontestable de la diminution de la mortalité par le croup ; et, conséquemment, malgré des attaques mal fondées, elle est et demeure un grand service rendu à la science et à l'humanité.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acné syphilitique *guéri sans traitement mercuriel, par l'application de petits vésicatoires, et par les bains alcalins.* Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de la méthode de traitement des syphilides cutanées par les vésicatoires volants, dont M. Cullerier a retiré d'assez bons effets pour l'avoir adoptée. Voici un fait qui vient à l'appui de l'utilité de cette méthode, et qui ne manque pas d'intérêt :

Un jeune homme de vingt-cinq ans entre dans les salles de M. Cullerier, le 23 mars, portant depuis cinq ou six semaines un chancre du frein, avec adénopathie bisinguinale considérable ; impétigo du cuir chevelu, et ganglions épitrochléens des deux côtés. Il portait en outre, depuis quinze jours, une syphilide acnéiforme abondante, surtout au dos, aux épaules, au visage, sur le devant de la poitrine, aux avant-bras, aux aines, plus rare aux cuisses et aux jambes. Ces boutons, de volume variable, sont roses, non cuivrés, acuminés, pleins de pus à demi-concrété, etc.

Le 25 mars, on commence l'application des vésicatoires (quatre par jour) et la pilule de *mica panis*.

Le 3 avril, les boutons se sèchent avec une remarquable rapidité ; à peine apparaît-il quelques pustules nouvelles.

Le 8, quelques-uns des anciens vésicatoires deviennent impétiginifor-

mes; le chancre se cicatrise, les ganglions inguinaux s'isolent et diminuent.

Le 22 avril, il reste à chaque coude un ganglion du volume d'une amande; au cou quelques ganglions. Les boutons disparaissent à vue d'œil. Cet homme quitte l'hôpital, en pleine voie de guérison, après vingt-huit jours de traitement seulement. (*France médicale*, septembre.)

Angines couenneuses (*Du soufre comme traitement prophylactique des*). Pendant que l'attention du public médical est vivement attirée sur cette grave affection, par les épidémies multipliées qui déciment depuis plusieurs années la population enfantine, et par les nombreux travaux et les discussions qu'elle suscite, nous ne devons rien négliger de tout ce qui se fait, se dit et se propose sur son traitement.

Un très-habile praticien du département de l'Yonne, M. le docteur Duché, d'Ouanne, se fondant sur l'idée qu'il pourrait y avoir identité ou tout au moins une certaine analogie entre l'oïdium et la production diphthéritique, a été conduit à essayer l'usage du soufre comme moyen préventif de l'angine couenneuse.

Ses premières tentatives paraissent avoir été assez heureuses pour l'avoir encouragé à les poursuivre. Pendant quatre mois qu'a duré l'épidémie, dans la localité qu'il habite, il a eu recours à ce moyen; et il possède, dit-il, maintenant une masse de faits assez respectable pour conclure.

Le soufre à l'état pulvérulent, mélangé à du sucre ou à de la poudre de réglisse, et les pastilles soufrées du commerce, sont les seules préparations dont il s'est servi. Toutes les fois qu'un cas d'angine couenneuse se manifestait dans une famille, il avait le soin de munir tous les autres membres de soufre et de pastilles soufrées. Parmi ceux qui en ont fait largement usage, aucun cas d'angine grave ne s'est déclaré, aucun décès n'a eu lieu. Dans les maisons où le soufre n'avait pas été donné, au contraire, très-rarement un seul individu était pris là où se trouvaient plusieurs enfants; la mort moissonnait souvent tous ceux qui étaient soumis à l'infection.

Des faits nombreux qu'il a pu recueillir, il est résulté pour M. Duché que le soufre a véritablement une propriété *anticouenneuse*.

Mais notre confrère n'a pas borné là ses recherches; il a voulu savoir jusqu'à quel point le soufre pouvait agir sur les diverses périodes de la maladie.

Dans la première période, alors que l'affection ne consiste encore que dans un mouvement fébrile prononcé et dans l'apparition de petites plaques blanches sur les amygdales, si le soufre est donné de suite en grande abondance, il ne modifie pas les plaques diphthéritiques existantes, mais il arrête leur développement ultérieur; il fait cesser la fièvre presque complétement, et préserve les voies aériennes de la production parasitaire.

Dans la deuxième et la troisième période, alors que les voies respiratoires sont envahies et que l'infection est générale, le soufre ne peut plus rien. C'est le cas de l'oïdium arrivé à son maximum de développement sur la vigne; le soufrage est impuissant. Sa valeur n'est grande que lorsque le mal est encore à l'état de germe: il prévient, il ne guérit pas.

En somme, le soufre lui a paru seul suffire, parmi tous les moyens qu'il a essayés, à toutes les indications dans le cas d'épidémie, comme moyen préventif général.

La dose à laquelle le soufre peut être donnée lui paraît presque indifférente. Cependant il pense qu'il ne faudrait pas administrer moins de 25 à 50 centigrammes de soufre aux enfants, suivant leur âge, et plus de 2 à 4 grammes au maximum, si l'on veut éviter l'effet purgatif qui serait fâcheux. (*Gaz. des Hôp.*, octobre.)

Cautérisation (*Nouvelle méthode de*) *dite cautérisation en flèches.* Sous cette dénomination de cautérisation en flèches, M. Maisonneuve vient de proposer tout récemment une méthode qui diffère des divers autres modes de cautérisation en usage, en ce que le caustique, au lieu d'être appliqué à l'extérieur des tissus, et d'agir sur eux de dehors en dedans, est, par une manœuvre spéciale, porté d'emblée dans leur profondeur, de manière à opérer leur destruction de l'intérieur à l'extérieur.

Il se sert, pour pratiquer ce mode de cautérisation, de la pâte de Canquoin, dont tout le monde connaît si bien la composition, que nous n'avons pas besoin de la rappeler ici. Pour former des flèches avec cette pâte, on la dispose d'abord en une sorte de galette; on la divise ensuite en rayons ou en lanières de forme et de dimen-

sions variables, suivant l'emploi auquel on les destine, puis, au moyen de la dessiccation, on donne à ces lanières la résistance et la solidité nécessaires à leur usage. On peut donner trois formes différentes à ces flèches, pour remplir les diverses indications de la cautérisation; d'où : les flèches coniques, plus spécialement destinées à la cautérisation circulaire ; les flèches en lattes, affectées surtout à la cautérisation parallèle ou en faisceau ; et les flèches fusiformes, exclusivement réservées pour la cautérisation centrale.

Voici de quelle manière M. Maisonneuve s'y prend pour introduire ces flèches. Quand les tissus qu'elles doivent traverser ont une consistance molle et friable, celles-ci présentent assez de résistance pour pénétrer directement dans leur profondeur. Mais lorsque le contraire a lieu, par exemple, quand il s'agit de traverser la peau saine, ou des tissus lardacés et squirrheux, il devient nécessaire de leur préparer une voie en ponctionnant avec un bistouri pointu les parties qui offrent de la résistance.

La cautérisation en flèches, tout en conservant toujours son caractère spécial, qui est de porter d'emblée la substance caustique dans la profondeur même des tissus à détruire, se prête à des modifications nombreuses qui peuvent être rangées en trois groupes principaux, sous les noms de : cautérisation circulaire ou en rayons; cautérisation parallèle ou en faisceau, et cautérisation centrale. Ces dénominations seules en disent assez pour nous dispenser d'entrer dans de plus amples détails à cet égard.

En somme, voici les avantages que M. Maisonneuve attribue à sa méthode, qui est en réalité moins une méthode neuve et originale, qu'une extension et une application généralisée du mode de cautérisation des parties profondes à l'aide des trochisques.

La cautérisation en flèches, ainsi que les autres procédés de cautérisation, a, sur l'incision, l'avantage de mettre à l'abri de l'hémorrhagie et de l'infection purulente ; elle a en outre sur ceux-ci l'avantage de pouvoir être utilisée dans un beaucoup plus grand nombre de cas. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, octobre.)

Chlorate de soude. *Essais de son emploi contre la stomatite mercurielle.* Après l'expérimentation si large qui s'est produite à l'égard du chlorate de potasse, nous pensions que l'étude comparée de la valeur thérapeutique des deux sels se poursuivrait d'une manière plus active. Ces travaux, si peu nombreux qu'ils soient, viennent confirmer ce que nous en avons dit tout d'abord : que l'action des chlorates tient plus à la nature de leur acide qu'à celle de leur base, mais que la solubilité plus grande du chlorate de soude et sa saveur moins prononcée devaient lui faire donner la préférence. Les faits suivants, recueillis par M. Mussat dans le service de M. Demarquay, le prouvent.

Cinq malades, atteints d'accidents syphilitiques, et chez lesquels l'usage du proto-iodure de mercure avait amené de la stomatite mercurielle, furent soumis à l'action du chlorate de soude. Ce sel fut administré à la dose de 4 à 6 grammes, dissous dans un julep gommeux de 120 grammes; on suspendit en même temps le traitement mercuriel, et, au bout d'un intervalle qui ne dépassa jamais le quatrième jour, le traitement antisyphilitique put être repris. A dater de ce moment, on le continua simultanément avec l'emploi du chlorate de soude, et la stomatite ne reparut pas.

Un sixième malade, atteint de stomatite ulcéreuse, fut soumis au traitement par le chlorate de soude, et guérit assez rapidement.

Le résultat le plus remarquable, dit l'auteur, est celui présenté par un malade affecté d'ophthalmie scrofuleuse. Le chlorate de soude fut administré chez lui dès le début du traitement hydrargyrique, et, grâce à son emploi, le malade put prendre tous les jours 10 centigrammes de calomel, par doses fractionnées, sans qu'il se manifestât d'autres accidents que de légères rougeurs aux gencives.

M. Mussat ajoute que, au dire des malades, le chlorate de soude présente une saveur moins désagréable que le chlorate de potasse; avantage réel près des nombreux malades qui ne prennent les médicaments qu'avec répugnance. (*Gazette médicale*, octobre.)

Entorses (*Nouveaux faits à l'appui du massage comme traitement des*). Un des grands avantages que présentent les réunions de praticiens est de pouvoir établir immédiatement la valeur de certains moyens encore controversés. Le compte rendu de la Société de médecine du deuxième arrondissement nous en fournit un nouvel

exemple. Un des clients de M. Sée, s'était donné une entorse, se soumit pendant plusieurs semaines aux soins de M. Michon, sans éprouver de soulagement. M. Lebâtard le vit alors, et pratiqua un massage pendant trois ou quatre minutes, et, dans ce court espace, le mit en état de se promener le même jour. Le résultat presque instantané de cette pratique a frappé M. Sée, et il demande à ses confrères si beaucoup d'entre eux ont été témoins de faits analogues. MM. Roussel, Demarquay et Marotte ont cité tour à tour des cas d'entorses, même avec épanchement, qui ont rapidement guéri sous l'influence du massage. Nous pouvons en ajouter deux tout récents.

L'un est celui d'une jeune fille dont l'entorse datait de la veille. L'articulation tibio-tarsienne était tuméfiée et douloureuse. En moins d'un quart d'heure de massage, la sensation douloureuse, puis la tuméfaction avaient disparu. La malade put marcher immédiatement et se livrer à ses occupations ; les jeux seuls furent interdits pendant huit jours.

Le second cas est celui de l'un des ouvriers de notre imprimerie. La diastasis avait été produite un mois auparavant par une chute d'un lieu élevé ; malgré les soins donnés par son médecin, et le séjour au lit pendant ce long temps, la marche était impossible. Dans le but d'expérimenter le degré d'efficacité de la méthode, j'entrepris son traitement par le massage. Au bout d'un quart d'heure toute douleur avait cessé, et il pouvait mouvoir, pour la première fois depuis son accident, l'articulation tibio-tarsienne ; mais ce fut seulement après une demi-heure de frictions que je vis l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutanée disparaître, et les malléoles se dessiner sous la peau J'appliquai une bande roulée, et le lendemain le malade put reprendre son travail, c'est-à-dire rester toute la journée debout. La douleur ne reparut point ; il n'eu fut pas de même de la tuméfaction. Malgré la compression, chaque soir, pendant les premiers jours, le pied et le bas de la jambe présentaient un certain volume.

Le massage semble avoir prise surtout sur l'élément douleur ; c'est lui qui cède le plus promptement en général pour ne plus reparaître. Les épanchements intra - articulaires se dissipent également sous l'influence du même moyen. L'infiltration du tissu cellulaire, surtout lorsqu'elle existe depuis un certain temps, est le fait pathologique qui persiste le plus. Cette circonstance doit engager les praticiens à se montrer moins réservés dans l'emploi du massage dans les entorses, puisqu'il délivre immédiatement les malades de la douleur, mais ils ne doivent pas permettre à ceux-ci de reprendre immédiatement l'exercice de la marche, surtout lorsque les sujets sont d'un tempérament très-lymphatique. De toutes les causes occasionnelles de tumeurs blanches, l'entorse est, on le sait, la plus fréquente. (*Union médicale*, octobre.)

Gengivite ulcéreuse *et* **pultacée.** *Son traitement par l'emploi topique du perchlorure de fer.* Les gencives sont souvent le siége de démangeaisons, de douleurs, d'hémorrhagies, d'excoriations, de crevasses et d'aphthes qui se rattachent comme symptômes à des maladies générales. Ainsi, dans les affections typhoïdes, elles sécrètent une matière pultacée et fuligineuse. A la suite d'un traitement mercuriel, elles se tuméfient, se boursouflent, s'ulcèrent, etc. Ce n'est d'aucune de ces lésions symptomatiques qu'il s'agit ici, mais d'une espèce particulière de gengivite dont les caractères sont les suivants : boursouflement des gencives, ulcérations, les unes peu profondes, les autres découvrant le maxillaire même, exsudant une matière grisâtre, pultacée, glutineuse et fétide; le toucher le plus léger, le simple mouvement des lèvres révèlent des points hémorrhagiques. La partie des gencives qui revêt les incisives, les canines et les petites molaires du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur est presque exclusivement envahie. Cette affection se développe à tous les âges; elle atteint surtout les enfants dans les salles d'asile et dans les écoles, et les personnes qui négligent les soins hygiéniques de la propreté. M. Rousse, qui a recueilli à cet égard de très-utiles enseignements dans la clinique libre de M. le docteur Thierry, dit avoir observé, chez des enfants assez jeunes, que cette affection avait détruit les alvéoles, et avait été accompagnée de la nécrose du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure ; mais heureusement, ajoute-t-il, il est bien rare que cette maladie ne soit pas entravée dans sa marche.

Généralement cette affection peut guérir au bout d'un certain temps d'elle-même, mais après une destruction plus ou moins avancée des gen-

cives, et souvent la perte des dents. Il est donc nécessaire de l'attaquer de bonne heure. On l'a combattue d'abord par les antiscorbutiques, par le miel et l'acide hydrochlorique, par le nitrate d'argent, par le régime alimentaire, la viande rôtie, le cresson, etc. Rien de tout cela n'a amené le moindre succès. Ce n'est qu'après avoir eu recours, à l'exemple de M. Thierry, à l'emploi du perchlorure de fer, que M. Rousse a obtenu des succès constants et rapides. Voici de quelle manière s'emploie, dans ce cas, le perchlorure de fer :

Après avoir très-exactement nettoyé les gencives avec une petite éponge fine imbibée d'eau, on trempe un pinceau ordinaire dans une capsule contenant du perchlorure de fer à 45 degrés, on applique le pinceau directement sur les gencives, en ayant soin d'appuyer un peu plus fortement sur les parties les plus profondément altérées. On répète cette manœuvre trois ou quatre fois coup sur coup ; le malade doit, après chaque application, se rincer la bouche à grande eau. — On voit alors les gencives se recouvrir d'une grande quantité de gouttelettes de sang au contact du pinceau ; c'est cette hémorrhagie si facile à produire à la moindre pression, mais qui coule alors plus abondante. Tous les deux jours on continue jusqu'à complète guérison. Il ne sera pas nécessaire d'y consacrer, en moyenne, plus de quatre séances. (*Monit. des hôp.*, octobre.)

Perchlorure de fer *employé en topique dans le traitement de l'angine couenneuse.* Le perchlorure de fer, dont les usages thérapeutiques sont déjà si nombreux, a été essayé avec quelques succès dans le traitement de l'angine couenneuse. Nous savons que M. le professeur Nat. Guillot, qui n'a encore, à notre connaissance, rien publié là-dessus, emploie le perchlorure de fer de préférence à tout autre caustique ou modificateur, dans le traitement de cette affection. Ce même moyen a été proposé par M. le docteur Jodin dans une note communiquée à l'Académie des sciences, mais d'après une vue spéculative que nous n'avons pas à examiner ici. De son côté, M. le docteur Gigot, de Levroux, a employé le même moyen. Les résultats qu'il en a obtenus sont dignes d'attention.

M. Gigot, après avoir constaté d'abord par des expériences les effets de l'action styptique du perchlorure de fer sur les pseudo-membranes fraîches et récemment enlevées de la gorge des malades, qui étaient en quelque sorte comme momifiées par ce contact, a employé cet agent chez un certain nombre de sujets atteints d'angine diphthéritique, pendant qu'une cruelle épidémie de cette affection régnait à Levroux. Il a appliqué le perchlorure de fer sur la muqueuse pharyngienne et les concrétions diphthéritiques, au moyen d'une éponge ou d'un pinceau de charpie. Le premier effet de cette application, dit-il, est l'expulsion immédiate des mucosités qui, coagulées par le perchlorure, sont expectorées par le malade ou restent fixées au pinceau. Les pseudo-membranes minces et peu adhérentes à la muqueuse se détachent aussi immédiatement. Les plus adhérentes ne sont enlevées que par petits fragments semblables à des fragments de chair musculaire macérés dans l'eau.

M. Gigot a traité de cette manière dix malades, dont un (enfant de quatre ans) a succombé par suite de l'extension de la diphthérite au larynx. Des neuf autres malades, il y en a deux chez lesquels le perchlorure de fer a été remplacé, au bout de deux jours, par le biarbonate sodique. Chez ces malades, les pseudo-membranes se reproduisaient entre chaque application, et le perchlorure de fer et s'enlevaient toujours facilement. Enfin, chez les sept derniers, l'angine s'est arrêtée en quelques jours. Il n'a jamais été fait plus de deux applications de perchlorure de fer dans les vingt-quatre heures.

L'observation de la dernière malade traitée par cette méthode est assez importante pour être rapportée ici.

Une jeune fille de dix-sept ans fut prise d'angine couenneuse, dans une localité où deux enfants étaient morts récemment de cette maladie. Il y avait trois jours qu'elle était atteinte lorsqu'elle fut amenée à Levroux, auprès de M. Gigot. Son état était inquiétant. Facies injecté, haleine fétide, engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires, surtout du côté droit; déglutition difficile ; pouls à cent dix et plein; vomissements et épistaxis la veille. A l'inspection du pharynx, une couenne grisâtre, d'un aspect fibreux, recouvre toute l'amygdale droite, qui est considérablement tuméfiée, et s'étend le long du pilier du voile du palais ; l'amygdale gauche est incomplétement recouverte par une pseudo-membrane plus blanche et plus molle. La luette est infiltrée et la muqueuse

pharyngienne extrêmement rouge.

Le 31 juillet au soir, trois applications successives, au moyen d'un pinceau de charpie, de perchlorure de fer sur toute la muqueuse pharyngienne jusqu'à l'épiglotte. A la seconde application les deux couennes sont détachées. Leur volume a considérablement diminué; elles sont ratatinées et comme séchées par le perchlorure de fer. Le pinceau est entièrement recouvert de mucosités coagulées et de petits fragments de pseudo-membranes. La portion de la muqueuse, occupée par les concrétions diphthéritiques, est rouge, mais ne présente aucun écoulement sanguin. La malade accuse une sensation pénible de chaleur et de constriction à la gorge, qui se prolonge pendant quelques minutes. (Gargarisme avec une solution concentrée de bicarbonate de soude; tisane d'orge et chiendent.)

Le 1er août, la nuit a été excellente. Pas de fièvre, facies moins injecté, ganglions sous-maxillaires considérablement diminués. La fétidité de l'haleine, qui était extrême la veille, a complétement disparu. La langue est noircie par le perchlorure de fer. (Même gargarisme.)

Le soir, l'amélioration continue.

Le 2, la malade paraît guérie; il ne reste plus, en effet, qu'un petit fragment de pseudo-membrane, qui tombe après une seule application de perchlorure de fer.

Le 3, aucune trace de productions diphthéritiques sur la muqueuse pharyngienne, qui est encore rouge. Les amygdales ont un volume normal. Dernière application du perchlorure de fer.

Le 4, la guérison est complète.

Enfin, M. le docteur Duché dit également s'être bien trouvé de l'usage topique du perchlorure de fer liquide, qu'il a employé au même titre que le fer rouge ou les caustiques, mais de préférence à ces divers moyens, comme traitement curatif de l'angine couenneuse. (*Gaz. des hôpit.*, octobre.)

Phthisie pulmonaire. *Valeur du traitement par les hypophosphites alcalins.* Nous avons entretenu nos lecteurs des premiers essais du traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites alcalins, d'après la méthode instituée par M. Churchill. La sévérité que nous avons apportée dans l'appréciation de ces premiers essais, et qui n'était encore que l'expression de nos doutes sur la valeur de résultats qui ne nous paraissaient pas apporter avec eux des éléments suffisants de conviction, ne nous aurait certainement pas empêché de revenir sur cette première impression, heureux, au contraire, si nous avions pu être mis en demeure de proclamer une acquisition thérapeutique aussi importante que celle-là. Nous avons donc attendu de nouveaux faits. Ils n'ont pas tardé à se produire, et ils ne sont pas de nature, malheureusement, à modifier notre première appréciation. Qu'on en juge par ce qui va suivre.

M. A. Dechambre, le rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire, a entrepris une enquête sur le traitement de M. Churchill, et il a poursuivi cette enquête avec le zèle le plus louable, jusqu'à ce qu'il ait été à même de formuler des conclusions. Voici de quelle manière notre savant confrère a procédé à cette enquête et les résultats qu'il en a obtenus.

Comme aux résultats défavorables obtenus par plusieurs expérimentateurs M. Churchill opposait, ou l'existence de complications non justiciables du remède, ou la mauvaise préparation du remède lui-même, M. Dechambre a pris le parti d'asseoir son jugement sur l'observation des malades traités par M. Churchill, recevant leurs médicaments des mains de M. Churchill, ou se les procurant dans les officines recommandées par ce médecin. M. Churchill, ayant accepté ce mode d'enquête, a envoyé auprès de M. Dechambre quinze des sujets traités à son dispensaire, avec les observations rédigées de sa main. Sur ces quinze malades, douze seulement ont pu être suivis et examinés à plusieurs reprises. Chaque fois qu'ils se présentaient dans le cabinet de M. Dechambre, ils étaient porteurs d'une note dans laquelle M. Churchill avait consigné, le jour même ou les jours précédents, le résultat de son examen. M. Dechambre plaçait à son tour, à côté de ces indications, les données fournies par son examen personnel. C'est à l'aide de la confrontation de ces observations géminées qu'il a été conduit à formuler le jugement que nous allons reproduire.

Il serait beaucoup trop long et d'ailleurs superflu de reproduire ici l'analyse de ces douze observations, avec les commentaires et la discussion que chacune d'elles comporte. Nous nous bornerons à reproduire le résumé général.

Des douze observations, il en est deux, dit M. Dechambre, dans lesquelles j'avais cru pouvoir mettre en doute, dès mon premier examen, l'existence de la phthisie tuberculeuse, du moins comme principe des accidents locaux ou généraux dont il s'agissait d'apprécier la marche ultérieure. Dans l'un de ces deux cas, l'état général s'était amélioré et l'état local était resté stationnaire, au bout de quatre mois d'observation; dans l'autre, tous les accidents avaient disparu encore au bout de quatre mois.

Restent dix cas, que M. Dechambre crut pouvoir rattacher, avec toute apparence de certitude, à la phthisie tuberculeuse. Sur ce nombre, une seule fois l'état local était amendé au bout de quatre mois et demi; une fois il était resté stationnaire au bout de quatre mois; huit fois il s'était aggravé au bout de quatre mois, deux mois, trois mois, cinq mois, quatre mois, trois mois et demi, quatre mois et demi et trois mois et demi. Quant à ce qui concerne l'état général, cinq fois l'amélioration a été évidente; une fois il ne s'est opéré aucun changement appréciable; quatre fois il y a eu aggravation.

D'après ces résultats, dit M. Dechambre, il m'est impossible d'attribuer à la méthode de traitement employée par M. Churchill aucune influence sur la marche des tubercules. Quant à l'influence du traitement sur la santé générale, notamment sur l'embonpoint, ainsi que sur certains symptômes de l'affection thoracique, tels que la toux, l'étouffement, elle lui a paru assez sensible.

En un mot, notre confrère ne voit dans ce résultat rien de spécifique. Toutefois, il ajoute n'entendre point donner ces conclusions comme définitives, aucun des malades n'ayant succombé à l'époque où ce travail a été rédigé, mais seulement comme l'expression de ce qu'il a vu et constaté pendant une période de temps suffisante pour donner aux résultats une signification que chacun maintenant appréciera. (*Gaz. hebd.*, août, septembre et octobre.)

Ténia (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de l'écorce de grenadier contre le*). Il est bien vrai que, dans ces derniers temps, le kousso et quelques autres anthelminthiques ont un peu fait oublier l'écorce de grenadier; et nous trouvons, par conséquent, très-légitime la réclamation que vient élever, en faveur de ce médicament un de nos confrères des départements, M. le docteur Lespès (de Saint-Sever). Mais notre honorable confrère nous donne quelque chose de mieux qu'une réclamation, c'est une étude très-bonne sur le ténia, que ses recherches le portent à considérer, non pas comme un animal unitaire, mais comme une agrégation en série de nombreux helminthes; c'est surtout un examen critique des signes que l'on attache à la présence du ténia et un très-bon exposé des véritables signes qui lui appartiennent. De ces signes, l'un des plus communs, contrairement à l'opinion généralement reçue, c'est la perte d'appétit et, plus encore, une grande inégalité dans les dispositions, de même que dans l'accomplissement du travail de la digestion; il y a des alternances très-remarquables, tantôt de constipation, tantôt de diarrhée, et cela d'une manière presque instantanée. Un autre signe non moins spécial, c'est un état cardialgique et nauséeux, revenant particulièrement le matin à jeun, qui a de l'analogie avec le sentiment d'angoisse précurseur du vomissement, mais qui en diffère par un moindre degré d'intensité et d'urgence; bientôt arrivent des éructations énormes et très bruyantes, suivies d'un soulagement marqué; on dirait que de grands volumes de gaz destinés à être éliminés par l'anus ont dû rebrousser chemin devant un obstacle oblitérateur du conduit. Lorsque ces phénomènes sont réunis dans un même cas, dit M. Lespès, on peut voir en eux l'affirmation presque certaine de l'existence du ténia; eux seuls ont assez de portée pour équivaloir et suppléer à celui que les auteurs, et avec raison, donnent exclusivement pour infaillible, c'est-à-dire la sortie de fragments ou d'anneaux isolés de l'entozoaire; et ce dernier signe, ajoute M. Lespès, manque parfois, et tout aussi souvent il existe sans que le médecin et le malade lui-même en aient connaissance Cette sortie des zoonites ne s'opère pas, en effet, indistinctement, en tout temps et en toutes circonstances. Elle a lieu, au contraire, en des temps spéciaux et sous des influences particulières, sous l'action des phénomènes météorologiques, aux jours de mauvais temps et à l'approche des orages, lors des fortes perturbations atmosphériques et aussi dans les phases lunaires. La démangeaison éprouvée à l'anus par les malades est, non pas le signe de

la présence du ver dans l'intestin, mais l'effet de son passage à travers l'anus.

En ce qui touche le traitement du ténia, M. Lespès n'hésite pas à donner la palme à l'écorce de grenadier qu'il a employée sur lui-même et sur vingt autres personnes, toujours avec le même succès, expulsant ainsi le ver non brisé, mais complet et intact, et cela chez des malades divers de condition, d'âge, de sexe, tous adultes cependant et plus voisins, en général, de la période moyenne que des temps extrêmes de la vie. C'est à la dose de 60 grammes que M. Lespès administre l'écorce en décoction dans un litre d'eau, réduit à moitié par l'ébullition et l'évaporation et partagé en deux ou trois doses, qu'on boit à une demi-heure d'intervalle l'une de l'autre. M. Lespès conseille de se rincer sur-le-champ la bouche avec un peu d'eau-de-vie et d'avaler quelques fragments d'une substance de saveur plaisante, un morceau de sucre, une bouchée de bon fruit, etc.; cette précaution, promptement prise, a pour avantage de mettre fin à la propension au vomissement que la décoction suscite chez quelques personnes Après une demi-heure, une heure, tout au plus une heure et demie, le ténia entier, rassemblé en peloton, si long et si volumineux qu'il soit, est évacué, et cela avec quelques tranchées intestinales très-supportables.

Ulcères cutanés rebelles (*De l'emploi topique du chlorate de potasse dans les cas d'*). Lorsqu'une question est mise à l'étude, il importe de rassembler tous les témoignages qui permettent de la trancher. Aux faits que nous avons déjà produits à l'appui de l'action cicatrisante du chlorate de potasse, nous pouvons ajouter les résultats obtenus par M. Bouchut. Le médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie a guéri très-promptement un ulcère scrofuleux de la face dorsale de la main par des lotions répétées avec une solution de chlorate. Il a eu pareillement à se louer de l'emploi de ce moyen pour mettre un terme au travail destructeur et souvent mortel qui se produit à la surface de vésicatoires devenus ulcéreux. La même solution a fourni d'excellents résultats dans les engelures ulcérées. Il est inutile d'ajouter que chez ces enfants l'action du topique était toujours associée à une médication interne, et notamment aux pilules ou au sirop d'iodure de fer. (*Journ. de méd. et de chir.*, juin.)

VARIÉTÉS.

Application de l'électricité à l'extraction des dents. — Conditions de succès du procédé.

En reproduisant les premiers travaux publiés sur cette nouvelle application de l'électricité, nous avons dû modifier le titre de ces communications : *Anesthésie galvanique*. Tous ceux qui ont étudié le mode d'action de cet agent se sont convaincus que si l'électricité parvient à éteindre quelquefois les douleurs que provoquent certaines affections, les névralgies, le rhumatisme, par exemple, c'est à la condition de produire une douleur plus intense. Or, ce n'est pas cette sorte de révulsion que cherchent les promoteurs de la nouvelle méthode; ils agissent avec des courants de très-faible intensité. L'action du courant se borne à produire une diversion. Voici, d'après un dentiste de Paris, M. Georges, les conditions requises pour le succès du procédé :

« Aujourd'hui, sans exprimer une opinion positive sur les cas dans lesquels l'influence galvanique produit l'insensibilité pendant l'avulsion des dents, je crois pouvoir indiquer les deux conditions dans lesquelles on obtient ordinairement une diminution notable de la douleur.

« 1° *Conditions concernant l'état de la dent.* — Règle générale, l'insensibilité est plus assurée dans les cas où la dent est plus saine, plus indolente, facile à saisir au davier, sans inflammation de la gencive, que dans les cas contraires;

ainsi, par exemple, lorsqu'il y a fluxion, enflure, abcès, ou que la dent offre peu de prise, la douleur de l'extirpation m'a paru plutôt augmentée que diminuée par le galvanisme.

« 2° *Conditions relatives au procédé opératoire.* — Les circonstances que je veux décrire sont aussi pour beaucoup dans l'effet à obtenir. Voici celles que j'observe.

« D'abord je me sers de l'instrument de M. Duchenne (de Boulogne), qui me semble le plus favorable. Je fais disposer sous le fauteuil l'instrument, et, au lieu de réophores ordinaires, je fais adapter sur le bras du fauteuil et à la portée de la main gauche du patient une plaque de cuivre à laquelle aboutit, par un fil conducteur, le pôle positif, l'autre pôle aboutissant par un second fil au métal du davier.

« Enfin, un petit tube régulateur s'élevant à la hauteur du dossier permet facilement à l'opérateur de graduer la force du courant voulu.

« En cet état de choses, le patient s'assied sur le fauteuil, ne voyant rien de l'appareil ; je lui dis de poser la main sur la plaque de cuivre, et lui mettant le davier à la main droite, je m'assure du courant et je prends ainsi le degré nécessaire de faradisation.

« Cela fait, le patient ôte la main de dessus la plaque de cuivre, et je lui reprends dans l'autre le davier, que j'applique à la dent.

« Lorsque celle-ci se trouve convenablement prise pour l'extraction, je dis au patient de remettre la main sur la plaque, et le courant s'établit. Dès que j'en suis sûr, j'exécute le mouvement d'avulsion, ce qui a lieu presque instantanément.

« Les conditions ci-dessus bien remplies, la douleur m'a presque toujours paru notablement diminuée, si l'anésthésie locale complète n'a pas été obtenue.

« Les doutes qui ont été émis dans la discussion sur cette insensibilité peuvent, selon moi, monsieur le président, tenir à deux choses, entre autres : la première, c'est qu'on aura fait usage de la clef de Garangeot, dont le métal ne touche la dent que d'une manière très-incomplète : le davier, qui s'applique sur une plus grande surface de l'ostéide, doit donner un effet de galvanisation plus grand et plus certain ; la seconde, c'est qu'on aura procédé à l'extraction dans le moment d'une de ces intermittences fréquentes du courant électrique auxquelles sont sujets les meilleurs instruments employés.

« Que l'opérateur dentiste effectue donc son mouvement d'avulsion : 1° lorsqu'il est sûr que le courant agit actuellement sur l'organe ; 2° qu'il se serve du davier, et une insensibilité locale plus ou moins marquée, mais insuffisante, sera le résultat de son opération : tel est du moins celui de notre expérience. »

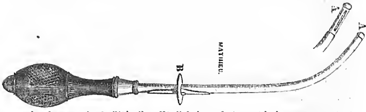
Nouveau porte-caustique.

M. Mathieu a présenté à l'Académie un nouveau porte-caustique pour la cautérisation de la cavité du larynx et de la trachée dans les affections chroniques de ces organes, qu'il a construit d'après les indications de M. le professeur Trousseau.

Cet instrument, tout en argent, est composé d'une gaîne dans laquelle est montée une cuvette correspondant à la rondelle B ; l'opérateur, en faisant faire à volonté, avec l'index, un mouvement de va-et-vient à la rondelle, fait entrer et sortir la cuvette de la canule.

Cette disposition permet de mettre le caustique à l'abri de tout contact lors de l'introduction de l'instrument dans la voie aérienne.

Cet instrument a été employé deux fois par M. le professeur Trousseau, d'abord dans sa pratique particulière, sur un jeune homme atteint d'une laryngite chronique simple; ensuite à l'hôpital, sur un homme de cinquante aus, affecté d'une laryngite tuberculeuse. L'application de l'instrument s'est faite



avec la plus grande facilité; il suffit d'abaisser fortement la langue en portant jusqu'à sa base l'abaisse-langue dont M. le professeur Trousseau fait habituellement usage; l'épiglotte, entraînée dans lo mouvement de la langue, s'élève, et en portant alors le porte-caustique sur la ligne médiane, derrière l'épiglotte, on arrive tout naturellement dans le larynx.

Falsification du fromage; un mot sur un fromage devenu toxique.

Par M. Stanislas Martin.

L'admirable direction que l'hygiène publique a prise de nos jours, par suite des récentes découvertes qu'ont faites les sciences physiques et chimiques, a plus contribué à avancer la civilisation, en améliorant le bonheur physique et moral des nations, que ne le firent en plusieurs siècles, aux temps passés, les discours des rhéteurs grecs et romains.

Malheureusement le succès auquel l'autorité et les hygiénistes voudraient atteindre ne sera jamais complet, tant qu'il existera dans le peuple cette cause d'insalubrité: la mauvaise nature des aliments; et, en effet, que d'aliments altérés ou falsifiés sortent chaque jour de l'échoppe de la fruitière et du magasin resplendissant de lumière de l'épicier et du charcutier! Ils ont l'art de parer ces produits, de leur donner bonne mine: on les mange avec sécurité; l'homme robuste les digère, mais celui qui a abusé de la vie, des liqueurs fortes, celui dont l'estomac est délabré par la maladie, la misère et la faim, ne peut les supporter: aussi ne tarde-t-il pas à en ressentir les funestes effets.

Que de fois le médecin appelé au lit du malade doit attendre au lendemain pour diagnostiquer une indisposition, qui se termine par une indigestion! S'il en cherche la cause, il la trouve vingt fois pour une dans la mauvaise préparation des aliments. Nous voulons en citer seulement un exemple.

Brillat-Savarin, cet illustre et fin gourmet, a dit qu'un dessert sans fromage est une belle à laquelle il manque un œil. Nous ne dirons rien de ce fromage: il complète le repas du riche, il est toujours bon, excellent; nous parlerons de celui qui marche tout seul sur la devanture du marchand, et dont l'ouvrier fait avec un morceau de pain un repas; oh! celui-là affecte l'œil, l'odorat et le palais; en outre, il est souvent falsifié avec des corps étrangers. Pourquoi le falsifier, diminuer ses propriétés nutritives?... Pourquoi? Le problème a été résolu bien des fois, et La Fontaine l'a dit: Aux gueux, la besace.

En effet, sur quatre mille kilogrammes de fromages qui arrivent chaque matin sur les marchés de Paris, il y en a un quart putréfié par le temps ou par le peu de soin qu'on a pris à le fabriquer ou à le garder, un autre quart qui est falsifié avec de la fécule de pomme de terre ou de l'amidon, comme cela arrive souvent pour le coulommiers, le neufchâtel, le fromage à la crème, l'olivet, le fromage blanc dit *à la pie*; il n'est pas jusqu'au gaproud, cette providence de l'Auvergnat, dans lequel on n'ajoute au moment de sa fabrication

jusqu'à moitié de son poids de pulpe de pomme de terre cuite dans l'eau ; on aide à sa conservation en doublant la dose du sel et du poivre, ce qui n'empêche pas que des milliers de vers y établissent leur résidence.

En 1847, nous écrivions dans le *Bulletin de Thérapeutique* que certains fruits, la poire entre autres, sont sujets à devenir amers par suite de la fermentation saccharine, qui y développe un alcaloïde que nous avons nommé *pyrine*. Le fromage, le livarot surtout, devient également amer par suite de la fermentation putride; l'acide gras qui s'y forme a une action si irritante qu'il peut, introduit dans les voies digestives, y produire des accidents graves tels que ceux qu'on a constatés récemment chez un jeune menuisier : cet ouvrier fut, en effet, pris de violentes coliques accompagnées de diarrhée et de vomissements pour avoir mangé à son repas d'un fromage devenu amer. Il est donc prudent de rejeter comme dangereux le fromage, le livarot, dont la pâte sera compacte, d'une couleur jaune sombre, d'une consistance et d'un aspect gélatineux, d'une odeur forte, pénétrante, d'une saveur âcre, brûlante, amère, qui irrite fortement la gorge.

Il fallait que l'ouvrier dont nous venons de parler fût privé de l'odorat et du goût pour avoir pu manger du fromage dont l'analyse nous a été confiée.

Circulaire du préfet de police sur les abus qui se commettent dans les pharmacies dites populaires.

Je suis informé que les médecins attachés à certaines pharmacies, et notamment à celles dites *populaires*, ou qui suivent des méthodes particulières de traitement, se contentent, au lieu de formuler leurs ordonnances, de les désigner par un numéro d'ordre qui ne révèle rien, et qui ne peut remplacer l'ordonnance médicale, qui seule peut offrir les garanties nécessaires, et à laquelle, aux termes de la loi, doivent se conformer les pharmaciens.

Après avoir consulté l'Ecole supérieure de pharmacie et soumis à l'approbation de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics les mesures qu'elle m'a proposées pour remédier à ce grave état de choses, j'ai décidé :

1° Que tout médicament portant une étiquette avec un numéro d'ordre, ou tout autre signe particulier, ayant pour effet de dissimuler le nom et la nature de ce médicament, devra être considéré comme *remède secret ;*

2° Que le pharmacien qui l'aura livré sera traduit devant les tribunaux ;

3° Qu'il en sera de même des médicaments désignés sur l'étiquette par le nom de l'inventeur ou par toute autre dénomination, et dont la formule n'aura point été inscrite au Codex, ou publiée dans le Bulletin de l'Académie de médecine, en vertu du décret du 3 mai 1850. Sont exceptés, toutefois, les médicaments qui peuvent être considérés comme secrets, mais dont la vente est provisoirement autorisée ou tolérée par des décisions spéciales.

Je vous invite donc, messieurs, à porter les dispositions qui précèdent à la connaissance des pharmaciens de vos circonscriptions et à me transmettre, le plus tôt possible, les procès-verbaux constatant l'accomplissement de cette formalité.

Toutefois, messieurs, comme les médicaments dont il s'agit sont aujourd'hui très-répandus, il me paraît nécessaire, avant de sévir, que les pharmaciens qui préparent ces médicaments soient officiellement prévenus qu'ils s'exposeraient à des poursuites judiciaires, s'ils persistaient, après l'avertissement qu'ils auront reçu, dans une voie qu'ils ont pu jusqu'à présent croire légale, mais qui, en réalité, est contraire à la loi.

J'appelle, messieurs, toute votre attention sur les instructions qui précèdent ; vous devrez, pour en assurer l'exécution, vous transporter fréquemment dans les établissements que ces instructions concernent, et me rendre compte des résultats de vos observations, afin que je fasse constater les infractions que vous me signaleriez par des procès-verbaux que je déférerai aux tribunaux.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur les propriétés antipériodiques et fébrifuges de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier.

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

En venant appeler l'attention des médecins sur les propriétés antipériodiques et fébrifuges de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier, mon intention est de continuer l'œuvre poursuivie depuis longtemps par le *Bulletin de Thérapeutique*, la réhabilitation des moyens thérapeutiques oubliés ou dédaignés. Comme antipériodique et fébrifuge, l'olivier se recommande en effet par des propriétés qui le font au moins l'égal, sinon le supérieur de nos fébrifuges indigènes. Toutefois l'absence d'expérimentations sur une grande échelle et dans un pays à fièvre m'eût empêché d'en parler, si je n'avais cru reconnaître dans ce médicament des propriétés qui le rendent peut-être d'une application spéciale dans un certain nombre de cas.

L'intermittence, considérée comme type et cachet des maladies, est loin d'être toujours semblable à elle-même. Sans vouloir pénétrer dans la nature de cette modalité pathologique, il n'est pas difficile de saisir dans les conditions de son développement et dans la manière dont elle se comporte des différences très-tranchées, qui permettent d'affirmer que l'intermittence, avec cette apparence d'identité qui frappe au premier abord, n'est pas et ne peut pas être la même chose dans les circonstances si variées où on est à même de l'observer. Qui oserait affirmer, par exemple, que l'intermittence est une seule et même modalité pathologique, lorsqu'elle se développe sous l'influence de l'infection paludéenne ou lorsqu'elle tient à une simple perturbation nerveuse, telle que celle de certaines névroses, lorsqu'elle est le résultat de la présence d'un corps étranger, tel qu'une sonde par exemple dans les voies urinaires, ou lorsqu'au contraire elle se lie à l'altération d'un organe important, à la présence de tubercules dans le poumon, à quelque inflammation sourde des organes intérieurs, surtout lorsque cette inflammation tourne à la suppuration ! Et pourtant, malgré ce sentiment instinctif de la non-identité de l'intermittence dans ces divers cas, les médecins n'en continuent pas moins d'administrer toujours et sans distinction l'antipériodique par excellence, le quinquina. L'expérience a prononcé depuis longtemps sur le peu de valeur de quelques-unes de ces applications de l'écorce péruvienne; mais l'habitude est là, une

habitude prise de longue date, et le succès quelquefois merveilleux de cette administration fait oublier les insuccès presque constants qu'elle compte dans un grand nombre d'autres circonstances.

De cette discussion il résulte que le problème de l'intermittence et de son traitement est une chose un peu moins simple que ne le pensent beaucoup de personnes, et il y aurait vraiment de curieuses études à faire sur les fébrifuges et les antipériodiques pour déterminer d'une part le degré de puissance de chacun de ces moyens considérés en général, et d'autre part les applications spéciales dont chacun d'eux est susceptible. C'est pour apporter une pierre à cet édifice, qui n'est pas près d'être terminé, que je viens faire connaître le résultat de quelques expérimentations que j'ai entreprises avec l'extrait hydro-alcoolique d'olivier.

Comme fébrifuge proprement dit, l'olivier est un agent thérapeutique déjà éprouvé, et pour lequel on a peine à comprendre l'oubli complet dans lequel il est tombé. Essayé avec succès dans les guerres d'Espagne, par les officiers de santé français, qui manquaient de quinquina, prôné par Pallas, qui en avait fait usage en Espagne et dans l'expédition de la Morée, l'olivier a trouvé depuis pour défenseurs MM. Cazale (d'Agde), Coynat et Gardaron, qui ont reconnu, comme Pallas, les propriétés éminemment fébrifuges des feuilles et surtout de l'écorce de cet arbre. Comment toutes ces expériences ont pu être oubliées, comment les médecins des pays où l'olivier croît en abondance n'ont pas donné suite à des recherches d'une aussi grande utilité pour leur pays et pour la France en général, je ne sais. Toujours est-il que personne n'y songeait probablement plus, lorsqu'un honorable pharmacien des Batignolles, M. Faucher, a songé à préparer un extrait des feuilles d'olivier, et a bien voulu m'en remettre une certaine quantité pour des expériences. J'ai accepté cette proposition avec d'autant plus d'empressement, que l'olivier est en définitive un arbre qui croît en abondance dans le midi de la France, et dont les feuilles n'ont aucune valeur; autrement dit, les feuilles d'olivier se trouvent dans la catégorie de nos meilleurs fébrifuges indigènes, puisque leur valeur est presque nominale.

Le nombre des fièvres intermittentes légitimes que j'ai pu traiter par ce médicament est en vérité trop restreint pour que j'y attache une certaine importance; elles ont été coupées par l'extrait d'olivier; mais nous ne pouvons nous faire illusion, l'*aer Parisiensis* est bien peu favorable pour des expérimentations sur les fièvres intermittentes; c'est dans les pays de marais que de pareilles expériences sont démonstratives et décisives; partout ailleurs elles ne peuvent

avoir d'autre résultat que d'encombrer la thérapeutique de fébrifuges sans valeur et sans efficacité.

Mais en dehors de ces fièvres intermittentes légitimes, il est un grand nombre de ces fièvres intermittentes, ou plutôt de ces accès fébriles intermittents, qui se montrent, soit dans le cours de beaucoup de maladies, soit dans certaines maladies spéciales. Nous avons donc pu administrer l'extrait hydro-alcoolique d'olivier dans un assez grand nombre de cas. Je me hâte de dire que le plus grand nombre aurait cédé au sulfate de quinine ; c'étaient pour la plupart des accès fébriles intermittents survenus au milieu de phénomènes d'embarras gastrique fébrile ou non fébrile, dans la convalescence de plusieurs maladies, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie. Mais c'est surtout dans les fièvres intermittentes erratiques, dans ces fièvres principalement qui paraissent se lier à la présence de tubercules et en annoncer le ramollissement que j'ai été frappé des résultats avantageux de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier. Deux de ces malades se présentaient à moi avec cette particularité que le sulfate de quinine administré depuis huit ou dix jours, à la dose de 25 centigrammes, n'avait pu venir à bout des accès, bien qu'il les eût retardés et modérés dans les premiers temps. L'administration de l'extrait d'olivier en a fait justice en quarante-huit heures, et les accidents n'ont pas reparu depuis. L'extrait d'olivier jouirait par conséquent, si j'en juge par les quelques faits dont j'ai été témoin, de propriétés vraiment remarquables contre les fièvres erratiques, et à ce titre, il mériterait de prendre place parmi les moyens utiles de la thérapeutique.

C'est l'extrait hydro-alcoolique de feuilles d'olivier que j'ai employé dans mes expériences, à la dose de 60 centigrammes à 1gr,20 par jour, en pilules de 15 centigrammes, soit seul, soit associé à 1 centigramme d'aloès par pilule. Tantôt le médicament a été pris au moment des repas, tantôt il a été administré dans leur intervalle, et jamais les malades n'ont accusé le moindre trouble dans les fonctions digestives ou cérébrales ; j'ai continué cinq, six, huit et dix jours de suite, sans le moindre inconvénient. Cette dose de 60 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique représente environ 2gr,50 de feuilles ; mais il n'est pas douteux que la dose d'extrait pourrait être portée bien plus haut, puisque Pallas a donné de 4 à 40 grammes de poudre, et jusqu'à 1gr,80 d'extrait aqueux d'écorces d'olivier, beaucoup plus actif que l'extrait des feuilles, au dire de tous ceux qui ont expérimenté l'olivier.

On voit que mes expérimentations ne sont pas à beaucoup près

complètes ; elles laissent indécise la question de savoir si l'extrait de l'écorce d'olivier a une supériorité réelle sur l'extrait des feuilles ; on se demande même jusqu'à quel point il ne vaudrait pas mieux administrer la poudre de feuilles et d'écorce d'olivier qu'un extrait quelconque ; mais ce qu'il reste surtout à vérifier, c'est la propriété fébrifuge de l'olivier, et ces recherches ne pourront être tentées avec avantage que dans les pays à fièvre, et principalement dans les localités voisines de la Provence ou dans la Provence elle-même. Pour moi, je m'estimerais heureux si cette courte note a pu fixer l'attention sur un médicament que je crois utile, et surtout si une expérience ultérieure vient confirmer ce que mes premières expériences m'ont fait espérer de l'emploi de l'olivier contre les accès fébriles erratiques, et principalement contre les accès erratiques de la tuberculisation pulmonaire.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations générales sur les varus et leur traitement, à propos d'une guérison de *varus gutta rosea pustulosus*, au moyen d'une pommade au proto-iodure de mercure [1].

Mais quelle peut être cette inflammation médicatrice? Peut-elle être comprise, saisie dans ses phénomènes d'évolution ? Voici ce que l'on observe :

Quelques varus pustuleux se manifestent avec des pustules très-grosses, très-tuméfiées, rouges, dures, douloureuses même, siégeant dans la profondeur du derme, ressemblant à s'y méprendre à de petits furoncles, car le grumeau intérieur, de matière sébacée, peut être comparé à un bourbillon. De telles pustules s'abcèdent, se vident, et ensuite se cicatrisent, de manière que leur cicatrice est très-visible. J'ai vu un homme qui avait ainsi la figure couturée de petits points d'une couleur un peu plus blanche ou rosée que le reste de la peau qui restait hypérhémiée par suite des pustules voisines et successives. Or, après les cicatrices, immédiatement sur les points où on les observait, il n'y avait plus de nouvelles pustules, et l'individu dont je parle, après quelques années d'un *varus gutta rosea pustulosus* des plus violents et des plus désagréables, en fut précisément guéri, lorsque tous les follicules si violemment enflammés se

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 15 novembre, p. 510.

furent successivement abcédés, vidés et cicatrisés. Dans les varus ordinaires de cette espèce, on observe quelques pustules, beaucoup plus grosses et plus douloureuses que les autres, qui se comportent de la même manière. Aussi, si on y fait beaucoup d'attention, on retrouve les cicatrices qui en résultent, et l'on remarque que les pustules ne se reproduisent plus à ce même point.

Dès lors, que vous excitiez une inflammation violente et suppurative avec l'iodure de chlorure mercureux, le bi-iodure ou le proto-iodure de mercure, l'azotate d'argent, etc., vous produirez les mêmes phénomènes inflammatoires, partant des conséquences pareilles. Peut-être cependant un topique plus actif, outre la cicatrisation des follicules d'autant plus sûre que l'inflammation a été plus forte, déterminera-t-il aussi l'oblitération de divers vaisseaux capillaires pathologiques et barrera-t-il ainsi les sources de l'hypérhémie, ou, si vous voulez, les moyens de l'inflammation. C'est de cette manière que l'on peut s'expliquer les guérisons des *varus gutta rosea* papuleux, dans lesquels on a pu comprendre le rôle que jouent les follicules sébacés.

Tout doit donc faire admettre que ce que l'on obtient avec l'iodure de chlorure mercureux, on l'obtiendrait aussi avec d'autres iodures, comme avec une pommade à l'azotate d'argent préconisée d'ailleurs par ce même mode d'action, pour diverses inflammations de la peau, par notre illustre ami le professeur Jobert de Lamballe. Avant d'admettre donc ces prétendues dépurations par une suppuration locale, dépurations que le raisonnement et la physiologie condamnent, on aura à essayer le degré de puissance de chacun des agents dont nous avons parlé, soit pour en adopter définitivement un, soit pour les réserver, chacun suivant leur action, à telle ou telle espèce de varus.

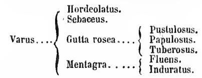
Seulement, dira-t-on, à prendre ainsi ces phénomènes locaux en si grande considération, pourquoi ne pas admettre comme M. Hardy que ces maladies sont uniquement locales ? Parce que nous les avons vues presque toujours se reproduire malgré une guérison en apparence très-complète ; parce que nous avons pu constater l'heureuse influence d'un traitement général et de soins hygiéniques préservatifs.

Nous allons toutefois passer en revue les divers traitements que nous opposons à ces différentes espèces de varus, et l'on distinguera mieux, ainsi que nous l'avons déjà dit, ceux qui, tenant de plus près aux affections dartreuses, réclament plus particulièrement un traitement modificateur général, et ceux qui, s'éloignant le plus de

la cause générale, n'exigent que des correctifs à la disposition organique locale.

Avant, et d'ailleurs pour toujours mieux préciser les détails pratiques dans lesquels je vais entrer, qu'on me permette d'indiquer les différentes espèces de varus que je distingue, parce que, pour la théorie comme pour la pratique, je crois tout à fait insuffisantes les trois espèces admises par l'école des prétendus éléments anatomiques, tandis que je fais quelques additions qui ajoutent plus de précision aux espèces d'Alibert.

Genre varus et ses différentes espèces.



Ces espèces étant maintenant bien distinctes, nous allons rapidement indiquer le traitement de chacune d'elles.

Contre la première espèce, j'emploie des frictions sur les paupières avec une pommade au précipité rouge, pommade que je formule ainsi :

Pr. Pommade de concombre. . . . . . . 10 grammes.
Oxyde rouge de mercure. . . . . . . 60 centigrammes.

Frictionnez soir et matin, gros comme une lentille, sur les paupières. Cette pommade excite vivement les tumeurs folliculeuses à se terminer par suppuration, et, une fois qu'elles sont abcédées, la continuation du remède provoque une inflammation adhésive des parois du cyste ciliaire, de manière que l'orgéolé ne se reproduit plus. Dernièrement, je fus consulté pour une jeune demoiselle, depuis longtemps défigurée par une succession de ces tumeurs vareuses sur les paupières. Pareil traitement en a empêché définitivement la reproduction.

Le *varus miliaris* ne paraît être qu'une inflammation ou peut-être une hypertrophie des parois des cystes sébacés. Mais cette inflammation ou hypertrophie qui les fait saillir n'est pas assez intense pour amener une pustule, comme dans le *varus gutta rosea pustulosus*. On voit des saillies sur la peau, notamment au front, sans ordinairement remarquer de changement de couleur à la peau. Quelle est cependant la cause de cette turgescence des parois des follicules? Est-ce la matière sébacée qu'ils contiennent qui s'est concrétée? Mais toutes les fois que pareil phénomène arrive, il n'y

a pas une saillie semblable des parois folliculaires. Néanmoins, il doit y avoir, avec l'altération organique, une perturbation fonctionnelle qui en est probablement la cause originelle. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette légère affection de la peau survient constamment chez les personnes qui ont les follicules très-développés, par conséquent la peau huileuse et grasse, et que je n'ai pas trouvé de meilleur traitement que les lotions alcalines et de fréquents lavages au savon pour dissoudre et entraîner ces sécrétions folliculaires. Or, comme avec le temps et la patience j'ai guéri ainsi bien des personnes, je suis tenté de croire que la stagnation de la matière sébacée, ou une hypersécrétion, était la cause de cette sorte d'hypertrophie des follicules.

Je ne prescris pas d'autre traitement pour le *varus sebaceus* (*acne punctata* de quelques Willanistes, de Biett, je crois). Or, ici, pourquoi la concrétion manifeste de la matière sébacée ne produit-elle pas l'exubérance du cyste? Je l'ignore! ou, du moins, cette circonstance démontre la part qu'il faut faire à la constitution individuelle, à la disposition particulière générale, et comment il est difficile d'admettre avec M. Hardy que chacune de ces maladies soit purement locale. Toutefois, s'il en existe une, ce doit être celle-ci; car on peut suivre à la fois et sa cause et ses effets, de même que le rationalisme de son traitement. J'ai effectivement vu guérir en quelques jours, par les lotions alcalines et des pressions avec un racloir en corne qui vidait les follicules, une dame qui, ayant naturellement les follicules très-développés et la peau huileuse, vit sa figure criblée de points noirs, comme des grains de poudre, pendant qu'une fièvre muqueuse avait empêché ses soins de toilette journaliers. D'autres fois, chez des paysans sales, les exsudations de chaque follicule se joignent, et forment sur la peau de larges croûtes noires ou grises, qui se dissolvent également avec une eau alcaline. Une fois, j'ai pu autopsier une vieille femme qui mourut, à l'hôpital Saint-Louis, d'un érysipèle du cuir chevelu, et qui portait pareil varus. En faisant une coupe à la peau en même temps qu'aux croûtes, j'ai pu voir la matière sébacée de la surface de la peau continuer avec celle de l'intérieur des follicules. Alibert a reproduit mon observation dans sa monographie des dermatoses.

L'eau alcaline que j'emploie en pareil cas est celle-ci :

Pr. Eau............................	150 grammes.
Sous-carbonate de soude..........	60 grammes.

Dissolvez et filtrez.

Mettez un verre à liqueur de cette solution dans un verre d'eau ordinaire, puis lavez la figure avec une éponge, en ayant soin d'appuyer assez fortement. J'ai même souvent conseillé de racler la peau avec les ongles ou un couteau en corne flexible pour enlever parfaitement la matière sébacée concrétée, et exprimer, traire, si l'on peut parler ainsi, les petits utricules. Après ces lavages, j'en prescris d'autres avec du savon onctueux pour adoucir la peau, mais jamais avec de la pâte d'amandes ou tout autre cosmétique huileux ou gras. La solution alcaline, seule ou mélangée avec du savon, le savon seul, dissolvent si bien cette matière sébacée fluide ou concrète, que les ongles ou le racloir enlèvent une matière épaisse, alors comme caséeuse ; après quoi, l'on remarque que la peau a une blancheur insolite et un éclat nouveau. Par de tels moyens, très-simples, mais rationnels, continués fort longtemps, je suis parvenu d'abord à diminuer la défectuosité de divers varus sébacés, puis à en amener la guérison définitive par le retrait successif des follicules maintenus vides.

Ces simples moyens, à la longue, m'ont encore réussi pour certains *varus gutta rosea* dont les pustules étaient évidemment produites par des concrétions préexistantes de matière sébacée dans les follicules (Voyez l'*Histoire de l'inflammation dartreuse*). J'ai, en effet, suivi le mécanisme de production de ces pustules, et tout porte à croire que, la prédisposition générale aidant, le grumeau sébacé était la cause déterminante de la pustule. C'est ainsi qu'en s'opposant par des dissolvants à la concrétion de la matière sébacée, on s'oppose, en fin de compte, à la pustule.

Par des raisons dont on peut suivre la filiation, on conçoit la guérison de ces varus par le retrait des follicules distendus, par la diminution de leur sécrétion lorsqu'ils sont rentrés dans leur limite physiologique, comme on conçoit la guérison spontanée, je ne dirai pas de certains *varus gutta rosea*, mais de certaines pustules, et puis successivement de certaines portions de la figure, par l'inflammation adhésive, et en définitive la cicatrisation du cyste. Ceci ne s'observe que dans les *varus gutta rosea pustulosus* les plus graves, comme si la nature montrait précisément le remède par l'excès du mal. Le jeune homme que j'ai cité plus haut présentait des cicatrices nombreuses venues à la suite de pustules vareuses grosses et très-enflammées, et sur ces cicatrices, quelquefois rendues très-visibles par une blancheur particulière, on n'observait jamais plus de nouvelles pustules. Ce jeune homme finit par guérir, en ayant toute la figure couturée de petites cicatrices.

C'est en observant ainsi le mode d'action de la nature médicatrice que j'ai été amené à conseiller à différentes personnes de presser fortement leurs pustules vareuses avant leur maturité pour exciter une plus vive inflammation, ou, après avoir vidé leurs pustules de la gouttelette de pus et du grumeau sébacé qui la suit, d'enfoncer dans le cyste un crayon d'azotate d'argent taillé très-fin, pour cautériser l'intérieur du petit sac et déterminer plus sûrement son inflammation adhésive.

A ces moyens minutieux, mais indiqués par la disposition anatomo-pathologique de l'affection de la peau, je conseillais souvent de joindre des purgatifs pour diminuer la congestion vers la face ; tandis que je combattais cette hypérhémie cutanée par des onctions savonneuses astringentes que voici :

Pr.	Poudre de savon.................	30 grammes.
	Sulfate de fer....................	5 grammes.

Au moyen d'un pinceau en blaireau, on dissout en écume la poudre de savon médicamenteuse que je fais étendre sur la figure et garder le plus longtemps possible, même toute la nuit, après quoi on se lave avec de l'eau fraîche.

Malheureusement le sulfate de fer a l'inconvénient de tacher les linges. Aussi ne faut-il conseiller de se mettre au lit que lorsque la dissolution est parfaitement desséchée sur la figure. J'ai employé pareillement de l'alun et du sulfate de zinc, mais il me semble que je ne leur ai pas reconnu la même efficacité qu'au sulfate de fer que j'emploie depuis longtemps, ainsi que je l'ai consigné dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

J'emploie ces mêmes savons astringents dans le *varus gutta rosea papulosus* léger (*aene rosaeea*), ou après sa guérison que j'ai obtenue et vu obtenir par Alibert au moyen des cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent. J'en ai publié deux observations en 1829 dans le *Journal universel des Sciences médicales*, et aujourd'hui, que je ne puis encore parfaitement apprécier toutes les merveilles du triple sel d'iode, de chlore et de mercure, je suis à me demander si ce nouveau remède dépassera de beaucoup cet ancien moyen.

Mais si ce dernier était aussi efficace, pourquoi en a-t-on sitôt oublié les bienfaits ? Parce que ce remède, comme l'iodure de chlorure mercureux, est difficile à employer dans la pratique civile, soit parce qu'il est mal appliqué, soit parce qu'il ne peut pas être employé, et surtout assez longtemps, par les malades. Pour que les cautérisations à l'azotate d'argent réussissent sur le *varus gutta rosea*

papulosus, il faut qu'elles soient assez fortes pour déterminer une vive chaleur le premier jour, et le lendemain une exsudation séro-muqueuse presque comparable à celle de la *melitagra* (*impétigo*). Il faut, enfin, que ces cautérisations soient répétées jusqu'à ce que cette exsudation qui se convertit en croûte ne se produise plus ou presque plus.

Si je ne me trompe, c'est un phénomène très-analogue d'inflammation que détermine l'application de l'iodure de chlorure mercureux. Et c'est ce qu'on appelle *poussée*, ce qu'on croit être la dépuration du mal? Nous avons compris autrement les phénomènes de poussée et de dépuration, dans lesquels participe tout l'organisme, sollicité qu'il est par une médication et une diététique puissante. (Voyez notre Dogmatisme pratique des maladies dartreuses, *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVII, 1849.) Les phénomènes locaux en question ne sont autre chose qu'un surcroît d'inflammation provoquée, surcroît d'inflammation qui amène des adhérences entre diverses cellules dermoïdes, entre les parois de différents vaisseaux capillaires, de divers cystes sébacés, ou bien la coagulation et l'organisation de l'albumine du sang, qui intercepte la circulation pathologique dans plusieurs vaisseaux capillaires dilatés. C'est ainsi que l'azotate d'argent agit dans les ophthalmies et ailleurs. Le nouveau triple sel peut avoir plus de puissance, mais il est difficile qu'il ait une autre action. Qu'on observe, qu'on étudie, qu'on examine et qu'on compare, la suite expliquera tout!

Qu'ai-je à dire maintenant sur le *varus gutta rosea tuberosus* qui illumine la figure de différents vieillards? La plupart, ne voulant pas plus consentir à laisser traiter leur varus qu'à renoncer aux boissons alcooliques qui l'entretiennent, si elles ne l'ont pas fait naître, je ne puis dire qu'une chose: c'est qu'au début il peut être traité comme l'espèce précédente, avec l'espoir d'oblitérer les vaisseaux qui vont alimenter ces tubercules, celui de vider le cyste fermé et dégénéré, par une suppuration provoquée. Mais lorsque ces tubercules sont trop gros, ils rentrent dans le domaine de la chirurgie. Cependant, avant de les exciser, lorsque d'ailleurs ils ne seraient ni pédiculés, ni trop volumineux, ne pourrait-on pas les traiter comme Lallemand avait traité certains *nævi materni*, les traverser par des épingles que l'on laisserait en place jusqu'à ce qu'elles eussent produit une suppuration et par suite une inflammation adhésive, qui, en gênant cette circulation pathologique, en atrophierait les tissus? N'est-ce pas là encore, et d'une manière plus sensible, plus manifeste, le mode d'action des [cautérisations à l'azotate d'argent,

à peu près aussi la manière d'agir du nouveau sel tant vanté?

Puisque je me suis imposé la tâche de passer en revue toutes les espèces de varus, terminons par deux mots sur les *varus mentagra fluens* et *induratus*. Il ne faut pas être très-versé dans la pathologie cutanée pour reconnaître l'utilité pratique de la distinction de ces deux espèces de mentagre qui réclament un traitement topique tout différent.

A toutes deux j'oppose à peu près le même traitement altérant et révulsif intérieur : boissons nitrées, abondantes, purgation un jour non l'autre, régime alimentaire herbacé et frugal. J'ajoute souvent de l'iodure de potassium donné jusqu'à 1 gramme et pendant longtemps pour la mentagre indurée. Dans la fluente que caractérise quelquefois un état aigu, et alors une sécrétion puriforme par chaque cyste ou bulbe pilifère, il m'est arrivé de borner mon traitement topique à des bains locaux d'eau froide. Ce moyen, uni à un traitement général rigoureux, réussit souvent mieux qu'un autre. Je débarrassai ainsi un berger d'une mentagre fluente chronique qu'il portait depuis plusieurs années. Je réserve pour la fin du traitement les bains ou les lotions avec le sulfate de fer, pour combattre l'hypérhémie dernière de la première espèce ou les indurations de la seconde. (Voir le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXIV, 1845, pour le traitement de la mentagre par le sulfate de fer.) Depuis cette époque, je me suis très-bien trouvé d'y joindre la nuit une application de savon et de sulfate de fer, d'après la formule que j'ai donnée plus haut. Ce moyen hâte d'une manière fort remarquable la guérison définitive de la mentagre fluente, alors qu'il ne reste plus que de la rougeur à la peau et des furfures épidermatiques, annonçant la participation qu'a prise à la maladie des follicules le réseau capillaire du derme ou le corps muqueux de Malpighi.

Faudra-t-il maintenant renoncer à ces moyens pour adopter définitivement, uniquement et généralement les pommades au protoiodure de mercure ou à l'iodure de chlorure mercureux? J'avais toujours observé que les corps gras, en bouchant les ouvertures des follicules, en rancissant sur la peau, exaspéraient la maladie. Mais si cette exaspération est un bien par l'inflammation vive et médicatrice qui en résulte, les moyens que j'indique n'en resteraient que comme adjuvants et simplement pour combattre les dernières traces de l'hypérhémie consécutive. Que dis-je! ils resteront toujours et serviront utilement pour préserver un nouveau retour. En effet, avant de clore ces lignes, j'ai voulu revoir la malade qui les avait inspirées et j'ai trouvé quelques petites pustules qui se reproduisaient, quel-

ques points rouges qui apparaissaient. Force m'a donc été de revenir à mes anciennes méthodes et force me sera aussi de considérer le proto-iodure de mercure, même l'iodure de chlorure mercureux, les cautérisations à l'azotate d'argent, comme des agents précieux devant remplir les indications les plus importantes dans le traitement des *varus gutta rosea* et *mentagra* graves, mais ne dispensant ni des autres adjuvants, ni surtout d'un traitement éliminateur général.

DAUVERGNE,
Médecin de l'hôpital de Manosque.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De quelques généralités et de quelques considérations applicables à la préparation des alcoolés ou teintures alcooliques [1].

Passant de ce second fait à la généralisation du procédé, je crois pouvoir ajouter qu'il résulte des nombreux essais auxquels je me suis livré que l'application peut en être faite à la préparation d'un nombre plus ou moins limité de teintures, parmi lesquelles je citerai plus particulièrement celles de belladone, de jusquiame, de stramoine, de ciguë, etc., laissant à ceux de mes confrères qui pourront être tentés de la mettre à profit le soin d'en étendre l'emploi autant qu'il peut l'être même dans tels ou tels cas qui, par la nature de certains végétaux à traiter, semblent peu propres à la favoriser. Le safran, que je place dans cette catégorie, me semblerait se prêter assez bien à cette opération. On en jugera d'ailleurs par ce qui suit.

Teinture de safran.

Safran incisé...........................	60 grammes.	1 partie sur 12.
Eau q. s. pour avoir un infusé de..........	375 grammes.	
Alcool rectifié, à 90 degrés centésimaux......	375 grammes.	

Deux premières infusions sont pratiquées avec 400 parties d'eau bouillante (200 pour chacune, dont la durée doit être de deux heures au moins).

Ces deux premières infusions, dont le rendement est de 350 grammes, sont mises en réserve, pendant qu'une troisième, nécessaire pour compléter l'épuisement, est pratiquée avec une quantité suffisante d'eau bouillante, et ramenée, par douce concentration, au poids de 25 grammes, complément des 375, que l'on combine à un même poids d'alcool à 90 degrés centésimaux, pour réaliser 750 de

(1) Fin. — Voir la livraison précédente, p. 411.

teinture, dont la filtration n'est opérée que vingt-quatre heures après le mélange des deux liquides, et dont la densité est de 18 degrés Cartier.

Il reste sur le filtre 50 grammes de matière albumino-mucilagineuse, se laissant facilement diviser sous les doigts, à la manière d'une gelée, et se réduisant, par la dessiccation, au poids de 3 grammes. Du reste, cette matière ne contient aucun principe colorant; elle est pour ainsi dire inerte et elle résiste à l'action de l'alcool faible ou fort.

Quant au résidu de safran, il est réduit au poids de 15 grammes (au quart), après dessiccation. Il fournit peu de chose à un liquide spiritueux, quel que soit son titre, ce qui témoigne de l'épuisement à peu près complet de ses stigmates et du haut degré de concentration de la teinture. Aussi cet alcoolé est-il plus chargé en couleur que s'il s'était préparé par macération prolongée, dans la proportion de 5 parties d'alcool à 31 degrés, pour 1 de safran; et, malgré la faiblesse de son titre, il ne se dépouille qu'à la longue d'une faible partie de polychroïte (matière colorante de Bouillon-Lagrange et Vogel).

Le safran est incontestablement une des substances végétales qui résistent le plus à l'action des dissolvants. Je n'ai jamais pu l'épuiser complétement, avec 12 parties de menstrue alcoolique, quel que fût le titre de celui-ci. Or, comme l'eau bouillante l'épuise beaucoup mieux que l'alcool, faible ou concentré, puisque l'on arrive à cet épuisement plus complet à l'aide de trois infusions et de six parties de ce liquide, il me paraîtrait assez rationnel de lui en faire subir l'action, pour ne rien perdre de ce qu'il possède d'actif, et de prendre les proportions que je propose. Il y a là aussi, ce me semble, une question d'économie qui peut parfaitement s'allier avec la sévérité de nos principes. Rien ne le prouve mieux d'ailleurs que l'excellence du produit. Or, comme le safran, par son prix très-élevé, vaut bien la peine d'être mis à profit autant que possible, je ne verrais pas pourquoi on ne l'épuiserait qu'à moitié, ou, tout au plus, aux deux tiers, lorsqu'il peut l'être entièrement.

Si l'on veut persister dans le traitement direct du safran par l'alcool, il faut au moins, à l'exemple de MM. Henry et Guibourt, établir le rapport général, si bien entendu, de 1 à 8, au risque de perdre une partie très-notable de ses principes actifs, celui de 1 à 5, et, à plus forte raison, de 1 à 4, étant, ici et ailleurs, mais surtout ici, d'une insuffisance manifeste, puisque 12 parties de ce menstrue épuisent à peine 1 partie de safran.

Ce rapport de 1 à 8 serait surtout convenablement établi, lorsqu'il s'agirait d'opérer sur l'aloès, l'assa-fœtida, le benjoin, le castoréum, l'euphorbe, le gaïac, le mastic, la myrrhe, l'oliban, tous les baumes, toutes les résines, gommes-résines et autres analogues, bien que tous ne le réclament pas rigoureusement. L'exemple des pharmacologistes précités est si bon à suivre, qu'il n'est pas croyable de le voir ainsi négligé par les autres pharmacologistes français et par le Codex lui-même. Espérons qu'il sera suivi plus tard, lorsque la cognée réformatrice viendra saper les vieilles erreurs qui subsistent encore.

On s'est renfermé dans des limites trop étroites aussi, en n'assignant que trois titres différents aux menstrues des teintures alcooliques. Les exemples que je viens de fournir en sont, selon moi, la preuve certaine. Dans maintes circonstances, par exemple, l'hydralcool à 18 degrés Cartier, et même à un titre moins élevé, pour quelques teintures, me semble devoir réclamer la préférence, attendu qu'il les fournit notablement plus chargées que l'alcool de 21 degrés de la même échelle. La teinture de scille, que je consigne ici avec les indications propres à en assurer la meilleure préparation possible, peut être classée dans cette catégorie, ainsi qu'on pourra en juger si l'on veut mettre de côté tout esprit de prévention, et admettre en même temps le rapport de 1 à 8.

Teinture de scille.

Scille rouge, dite scille mâle ou d'Espagne, en poudre fine.	125 grammes.
Alcool à 18 degrés Cartier...........................	1000 grammes.

Une dilution est faite avec la scille et 500 grammes d'alcool ; et attendu qu'il résulte de ce mélange un magma très-visqueux, un entonnoir de verre, muni d'un filtre de papier, sert à en opérer la filtration. Cette filtration arrivée à sa dernière limite, on procède par déplacement continu, avec les 500 grammes, plus un excès de 60 grammes environ du menstrue mis en réserve, et enfin avec assez d'eau pour arriver à 1 kilogramme de produit, d'une densité de 15 degrés et d'une nature qui satisfait complétement l'opérateur, surtout lorsqu'il établit un point de comparaison avec l'alcoolé du Codex. Plus richement pourvu des principes actifs, puisqu'il les contient intégralement, tandis que celui du Codex est loin de les contenir tous, il a le cachet d'un très-bon produit, surtout lorsqu'on a employé la scille que je prescris, à l'exclusion de la scille blanche ou femelle, dite scille d'Italie, qui est réellement moins active que la scille rouge, et qui, du reste, fournit des produits beaucoup moins

chargés en couleur ; aussi est-il facile de les distinguer de ceux de la variété rouge, dont je crois devoir recommander l'emploi d'une manière toute particulière, après avoir étudié comparativement les propriétés des deux variétés médicinales.

La scille maritime fournissant les trois quarts de son poids de matière extractive, lorsqu'elle est traitée convenablement, soit comme je propose de la traiter ici, il n'est pas étonnant que l'alcoolé résultant de ce traitement ne marque que 15 degrés à l'alcoomètre de Cartier. Au reste, s'il n'y a aucune espèce d'inconvénient, pour l'usage interne, dans l'emploi d'un tel produit ainsi hydroolisé, l'usage externe doit s'accommoder parfaitement, lui qui est bien plus fréquent, de ce titre alcoolique, si propre à faciliter l'absorption de l'agent médicamenteux, attendu que cette absorption se fait d'autant mieux que la teinture est plus aqueuse. A mon avis, la méthode iatraleptique devrait repousser, autant que possible, tous les liquides alcooliques d'un titre élevé, lorsqu'elle a pour but l'absorption cutanée, parce qu'il est évident que la peau est d'autant moins perméable, sous l'influence d'un liquide alcoolique qui la contracte, que ce liquide a une plus grande densité aréométrique.

Ceci dit en passant, au profit de cette méthode, je crois devoir terminer ce travail, prélude d'une monographie complète que je me propose de publier plus tard, par l'exposé sommaire d'une remarque infirmant l'opinion de M. Personne, qui est en faveur de l'alcool à 21 degrés Cartier, et donnant raison à celle qui veut, avec le Codex et les pharmacologistes, que la préférence soit accordée à l'alcool à 31 degrés, pour le meilleur traitement de la noix vomique.

Teinture de noix vomique.

Comme le veulent, avec juste raison les auteurs du Codex et les pharmacologistes en général, j'ai fait intervenir ici la macération, de préférence au déplacement, eu égard à la nature cornée de cette semence, mais j'ai eu recours à 8 parties de véhicule, au lieu de 4 ou 5, parce que j'ai toujours reconnu qu'il les faut absolument pour en épuiser 1 de poudre.

Trois teintures ont éte faites, dans ce rapport de 1 à 8, avec 60 grammes de noix vomique en poudre fine, et les mêmes conditions de macération, mais avec de l'alcool à des titres différents de concentration, soit à 21, 25 et à 31 degrés Cartier.

La teinture à 21 degrés a fourni 8 grammes d'extrait parfaitement pilulaire ;

Celle à 25 degrés en a fourni 5 grammes, moins une fraction ;

Et celle à 31 degrés n'en a pas fourni moins de 9 grammes et quelques centigrammes, bien qu'elle parût moins chargée, à la vue, que la teinture à 21 degrés.

Je dois ajouter que chaque teinture avait été filtrée au papier, et qu'on avait fait arriver le poids de chaque alcoolé à 500 grammes, par une addition d'alcool du titre voulu pour chacun d'eux, en déplaçant les dernières parties de menstrues retenues par les résidus, et cela non-seulement pour établir les mêmes conditions de rendement en produit alcoolique, mais encore avec l'intention d'opérer un épuisement plus complet.

Moins qu'ailleurs, on ne peut arguer ici de la mauvaise nature du produit résultant des traitements par l'alcool à 31 degrés, ce menstrue, à ce degré de concentration, étant considéré, à bon droit, comme un excellent dissolvant des principes actifs de la noix vomique; mais, je le répète, il n'en faut pas moins de 8 parties pour arriver au complet épuisement de cette semence; aussi, au lieu de 8 ou 10 pour 100 que lui font rendre 4 ou 5 parties d'alcool, on peut facilement en retirer 15 ou 16, à l'aide de ces 8 parties. Or, comme il est très-rationnel d'avoir une représentation fidèle d'un agent quelconque, surtout lorsque cet agent est aussi énergique que celui-ci, il est d'une sage pratique et d'une saine raison de lui enlever tout ce qu'il possède d'actif, car ce n'est que sur cette base fixe que doivent se fonder les calculs du praticien qui prescrit, s'il ne veut pas que ses calculs portent à faux et que ses prévisions soint mal fondées. A côté de cette puissante considération, qne l'on peut faire porter, avec la même autorité, sur une foule de produits, vient naturellement se placer celle qui naît de nos principes d'économie, lorsque ceux-ci conservent un caractère respectable, et, si l'on réfléchit à tout ce que ces principes ont de légitime et de bien fondé, à tout ce qu'ils peuvent produire d'utile, sans compromettre aucune dignité, aucun intérêt quelconque, on se demande pourquoi on n'en ferait pas l'application, toutes les fois qu'elle peut être faite avec l'approbation de la conscience.

Ainsi que je l'ai dit, je reviendrai plus tard sur cette question si intéressante des teintures, et j'y reviendrai avec d'autant plus d'empressement qu'il y a encore beaucoup à faire pour la résoudre complétement. Je n'ai certes pas la sotte prétention d'atteindre ce but si élevé, mais j'ai au moins l'espoir de la faire progresser un peu.

MOUCHON,
Pharmacien à Lyon.

Rectification au mode de préparation du glycérolé de goudron.

La plupart des auteurs, lorsqu'ils appellent l'attention de leurs confrères sur un nouvel agent médicamenteux, se bornent à publier la formule qu'ils ont employée, sans faire aucune mention du *modus faciendi* à suivre pour sa bonne exécution. Cette négligence est un fréquent motif de l'oubli dans lequel tombent alors leurs tentatives. Les mauvaises préparations livrées aux expérimentateurs font que les essais thérapeutiques avortent le plus souvent. Nous prenons soin de combler cette lacune, toutes les fois que le fait nous est possible. Ainsi, en signalant dans notre livraison du 15 août dernier, p. 116, les bons effets obtenus à l'hôpital Saint-Louis de l'usage du glycérolé de goudron, nous avons pris soin de faire suivre la formule de ce glycérolé du mode de préparation adopté par M. Lecoq. Ce pharmacien distingué, auquel nous avons fourni cet été de nombreuses occasions de préparer ce topique médicamenteux, nous signale les modifications suivantes à apporter aux manipulations qu'il avait d'abord suivies :

Pr. Glycérine......................	30 grammes.
Amidon........................	5 grammes.
Goudron purifié................	2 grammes.

Faites bouillir l'amidon avec la glycérine, en agitant constamment jusqu'à consistance d'empois, puis ajoutez le goudron et mêlez exactement.

En opérant ainsi, on obtient un mélange bien homogène, et le glycérolé offre la consistance des pommades.

Poudre dentifrice alcaline.

Os desséché en poudre....................	80 grammes.
Craie précipitée.........................	20 grammes.
Bicarbonate de soude.....................	5 grammes.
Iris.....................................	2 grammes.
Teinture d'ambre musquée et rosée........	Q. S.

Il convient de faire usage de cette poudre, neutralisante par excellence, tous les soirs avant de se coucher, après s'être préalablement brossé les dents et rincé la bouche. Son mode d'emploi est le même que pour les autres poudres dentifrices : il suffit d'en imprégner la brosse, déjà humide, mais il est bon de ne pas trop se laver les dents, afin qu'il en reste un peu dans les interstices, pour neutraliser les acides qui viendraient à se former.

Cette poudre est principalement recommandée aux personnes délicates dont les dents se gâtent facilement, aux femmes pendant la

grossesse, et pendant le cours de certaines maladies qui rendent les fluides ou mucosités de la bouche acides, en un mot dans toutes les conditions qui produisent un état saburral acide de la bouche.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de contracture du sphincter de l'anus avec symptômes insolites, toux rebelle. — Guérison rapide à l'aide de la dilatation brusque.

La découverte de l'anésthésie est venue vulgariser certains procédés chirurgicaux qui, en raison des douleurs intenses qu'ils provoquent, ne seraient jamais entrés dans la pratique courante. De ce nombre se trouve la dilatation brusque de l'anus, comme moyen de triompher rapidement des fissures. Le fait suivant n'offre pas seulement un nouvel exemple de l'efficacité de ce traitement, il témoigne encore de la possibilité de phénomènes morbides provoqués sympathiquement par la lésion anale. A ce double titre, il offrira de l'intérêt aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique.*

Obs. Le 1er juin 1856, Mme X..., de Tours, mariée depuis quatre mois, me fut présentée par sa famille dans un état de marasme qui pouvait en imposer et faire croire à une phthisie avancée; aussi chercha-t-on à fixer exclusivement mon attention sur une toux opiniâtre de tous les instants, qui depuis huit à neuf mois ne laissait aucun repos à la malade. Cette toux sèche, quinteuse, sans aucune expectoration, fatiguait assez la malade pour qu'il me fût impossible de multiplier mes questions. L'auscultation et la percussion ne m'ayant donné que des signes négatifs, j'insistai et parvins, avec les réponses de la malade et celles de la famille, à éclairer le diagnostic et l'historique de la maladie.

Il y a huit mois environ, cette dame éprouva de la constipation, quelques douleurs en allant à la garde-robe, et remarqua une trace sanguinolente à son linge. La persistance de la douleur, la réapparition fréquente de la trace de sang éveillèrent son attention : elle demanda les conseils d'un médecin. Des purgatifs très-énergiques furent prescrits et continués chaque jour. Depuis sept mois, elle persévérait dans cette voie si peu rationnelle, sans obtenir aucun soulagement, quand la retraite spontanée de l'officier de santé me permit de voir la malade.

A cette époque, Mme X..., pâle, affaiblie, aphone, tourmentée par une toux incessante, une constipation opiniâtre, était en proie au plus profond désespoir. L'anus était le siége d'une sensibilité extrême, à tel point que le moindre contact arrachait des plaintes. L'administration de lavements était impossible. Les efforts de défécation, presque toujours sans résultats, s'accompagnaient et étaient suivis de douleurs tellement intenses que la malade poussait des cris, et n'osait plus prendre de nourriture. La chloro-anémie, avec tout son cortége de symptômes, était venue compliquer l'état local déjà si fâcheux. Les muqueuses étaient pâles; la malade était tourmentée par une céphalalgie intense, des palpitations.

Je cherchai à faire comprendre à cette malade l'origine et la suite naturelle des accidents, et lui fis entrevoir la guérison rapide à l'aide d'une manœuvre sans danger. L'enchaînement de la constipation, d'une fissure à l'anus, et plus tard d'une contracture, n'était pas douteux. Détruire la contracture, telle était la seule indication à remplir ; avec elle devaient disparaître la constipation et la toux sympathique si fatigante pour la malade.

L'opération, acceptée comme une branche de salut inattendue, fut exécutée le 5 août de la manière suivante : la malade étant couchée, j'administrai le chloroforme ; je poussai l'anésthésie jusqu'à la résolution musculaire. Déjà la sensibilité générale était éteinte et celle de la région anale ne l'était pas. Fallait-il poursuivre l'anésthésie jusqu'à l'insensibilité de la région anale? Je ne jugeai pas à propos de poursuivre un résultat que, par expérience, je savais si difficile à obtenir ; je tournai la malade sur le côté, et, pendant qu'on surveillait le pouls et la respiration, j'introduisis un index, puis deux dans l'anus. La résistance du sphincter contracturé m'obligea à employer une certaine force ; j'écartai lentement jusqu'à sensation de résistance vaincue. La muqueuse était pâle, et présentait quelques fissures ; une ou deux gouttes de sang s'écoulèrent.

La malade, à son réveil, n'avait pas conscience de ce qui s'était passé. Huit heures après l'opération, un lavement put être administré et fut suivi de plusieurs selles faciles. En effet, les horribles souffrances avaient cessé pour faire place à un sentiment de cuisson. Dès ce jour, la toux diminua ; après huit jours, elle avait complétement disparu. Quelques lavements avec une décoction de feuilles de noyer consolidèrent la guérison.

La contracture et ses symptômes insolites disparus, restait la chloro-anémie. Quelques préparations martiales en firent assez prompte justice.

En dehors du fait bien établi dans la science, et de la coexistence d'une toux sympathique, sans aucune lésion appréciable, cette observatien présente quelques circonstances dignes d'intérêt.

Un fait porte toujours avec lui des enseignements nombreux et quelquefois inattendus... Un célèbre praticien disait avec finesse : Ce qu'on trouve de meilleur dans une observation est souvent ce qu'on n'y cherche pas ! C'était une juste protestation contre la complaisance avec laquelle se rédigent certaines observations, et une invitation à ne négliger aucun détail.

Ce procédé do dilatation forcée est un des plus douloureux qui se puisse imaginer : je ne l'ai vu employer qu'une seule fois sans chloroforme, chez un sujet très-courageux ; la douleur fut telle, qu'il eut une syncope dont il ne revint que difficilement. L'emploi du chloroforme dans cette opération est donc parfaitement légitime.

Un fait fort remarquable modifie, dans ce cas, la marche habituelle de l'anésthésie ; nous l'avons signalé, nous devons y insister : c'est la persistance de la contractilité des muscles de la région anale.

La contraction énergique du sphincter de l'anus, lorsque déjà la résolution des membres est complète, est un fait presque constant.

Dans ces circonstances, on voit souvent, malgré l'insensibilité la plus complète de la peau, le moindre attouchement dans cette région révolter tout l'organisme. On a donné comme explication de ce fait la double origine des nerfs qui se distribuent à la partie inférieure de l'intestin.

Chez quelques malades, en poursuivant pendant quelques instants la période de résolution, la sensibilité s'émousse complétement. Mais ce ne peut être là la règle de conduite d'un praticien; en poursuivant ainsi l'anésthésie de certains muscles réfractaires, surtout chez des sujets faibles, on s'exposerait à de graves accidents.

La sensibilité générale me paraît devoir être, dans ce cas spécial, le critérium du chirurgien. Dès qu'elle est émoussée, on peut opérer. L'immobilité, pour une opération aussi simple, aussi rapide, n'est pas nécessaire... A son réveil, le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé : c'est l'essentiel. V. Blot, D. M.

à Tours.

BIBLIOGRAPHIE.

La Médecine et les médecins; philosophie, doctrine, isntitutions, critique, mœurs et biographies médicales, par M. Peisse.

Il y a de tout dans ce livre, comme l'indique le titre, et plus encore que ne l'indique le titre : c'est que l'auteur, esprit essentiellement curieux, a touché à presque toutes les questions, et qu'ayant eu, pendant plusieurs années, charge de feuilleton dans un journal de médecine, l'occasion s'est présentée naturellement à lui de se mêler à toutes les discussions que le hasard des choses, bien plus encore que le développement méthodique de la science, a fait naître depuis quelque vingt ans dans le domaine bruyant de la médecine. Ces nombreuses questions, pour s'être bruyamment débattues, soit dans les Académies, soit dans les Facultés, soit dans les livres, soit dans la presse périodique, et après même que M. Peisse y a donné son avis, ces questions sont-elles résolues ? Nous craignons bien, hélas ! que, pour la plupart d'entre elles au moins, on ne soit très-légitimement tenté de répondre négativement. En ceci au moins le scepticisme de M. Peisse est justifié, et c'est sans doute parce que ces questions sont insolubles ou d'une solution difficile que, sous une forme ou sous une autre, elles se reproduisent toujours. Mais, sous ces questions générales, il y a des questions secondaires qui, si elles n'épuisent pas la science, en sont au moins une partie, et

sur lesquelles les recherches modernes ont jeté incontestablement une vive lumière, et l'art par lequel se réalisent ces sciences est assurément en progrès. Si la médecine, pour nous renfermer dans le cercle de cette science, a encore aujourd'hui de ces lacunes, on y rencontre aussi de ces lumières, et l'homme qui se laisse guider par celles-ci fait œuvre utile, et se console du scepticisme nécessaire par le sentiment profond de l'utilité même de cette œuvre. M. Peisse, dans une courte préface qui précède ses deux jolis petits volumes, nous confesse, avec une humilité plus apparente que réelle peut-être, qu'il n'est pas médecin : nous sommes assuré, pour nous, que cet habile écrivain, cet ingénieux penseur, bien qu'il ne compte point parmi ses diplômes celui de docteur en médecine, n'en a pas moins étudié profondément cette science ; mais, ce qui n'apparaît pas moins clairement aux yeux de tout connaisseur qui lit attentivement ce qui est sorti de cette plume élégante, c'est qu'il n'est pas médecin, qu'il n'a pas entendu la voix des choses, qu'il n'a pas puisé dans la pratique de l'art ces convictions qui en justifient, qui seules en justifient les applications. Ce scepticisme léger se remarque dans vingt pages de la première partie du premier volume de ces miscellanées, où l'auteur s'occupe principalement de la philosophie médicale. Nous regrettons d'autant plus que M. Peisse ait mis sa verve étincelante d'esprit au service d'un scepticisme si peu rigoureux, qu'une partie de ces pages au moins a passé, dans une Revue célèbre, sous les yeux des gens du monde, et que, par cette complaisance à d'injustes préjugés, il a pu contribuer à déshonorer une science que lui-même, nous en sommes sûr, aime et respecte. Nous n'avons point à réfuter ici ce scepticisme : c'est à des médecins, et uniquement à des médecins que nous parlons ; ils savent à cet égard ce qu'il faut penser ; nous dirons seulement à M. Peisse que, par cela qu'une foule d'hommes intelligents et honnêtes appliquent tous les jours une science telle que la médecine, c'est qu'apparemment ils croient à cette science, et que son scepticisme, à lui simple philosophe spéculatif dans cet ordre d'idées, ne saurait entrer en balance avec cette compétente et unanime affirmation.

Nous voudrions pouvoir suivre M. Peisse dans des questions moins vagues que celle qu'il traitait tout à l'heure, par exemple, dans les chapitres qu'il consacre à la question des découvertes, que nous aurions mieux aimé qu'il traitât sous la rubrique d'invention dans les sciences, à la superstition scientifique et aux sciences occultes au dix-neuvième siècle, au magnétisme animal, à la phrénologie, à l'homœopathie, aux tables tournantes et à la critique des

faits dits impossibles, extraordinaires, surnaturels, etc.; à la méthode numérique, aux applications microscopiques, etc. Dans plusieurs de ces discussions, conduites d'une main habile, et sur lesquelles une science immense répand avec discrétion une lumière imprévue, nous aurions revendiqué en faveur de MM. Buchez, Littré, etc., quelques idées fondamentales que l'auteur n'a fait que reproduire sous une forme nouvelle; mais, cet acte de justice accompli, nous nous serions empressé de louer sans réserve l'auteur pour le bon sens qu'il apporte, en général, dans ces discussions délicates, et surtout pour la façon charmante avec laquelle il traite les sujets les plus difficiles, sans leur ôter rien de leur profondeur.

Une discussion non moins intéressante, et dans laquelle l'esprit si lucide de l'auteur répand les clartés les plus vives, c'est celle qui ouvre la deuxième partie du recueil, et en même temps du second volume, et qui a pour titre : *l'Aliénation mentale et les aliénistes.* Bien que M. Peisse n'ait pas plus pratiqué cette partie de la médecine que la médecine générale, il nous paraît là juge encore plus compétent qu'ailleurs : c'est que cette partie de la médecine touche de plus près à la philosophie, et que notre habile et profond critique s'est beaucoup occupé de cette dernière, dont les spéculations vont merveilleusement à la nature de son esprit. Il n'y a point là de thérapeutique, mais on y trouve des principes fixes auxquels doit se subordonner cette thérapeutique, si elle ne veut s'exposer à faire fausse route. Tout à l'heure nous rappelions les noms de MM. Buchez et Littré, à propos des spirituelles disquisitions de l'auteur sur la philosophie médicale; le nom de notre savant confrère, M. Cerise, nous est également revenu en mémoire dans tout ce que dit ici de fort sensé M. Peisse sur la folie sympathique. M. Peisse nous a averti, nous le répétons, qu'il n'était pas médecin : c'est une raison pour reprendre notre bien là où nous le trouvons dans son livre; la philosophie est trop riche par elle-même pour que son humble sœur, la médecine, lui fasse abandon de ce qui lui appartient. Mais en voilà assez sur une question où trois mots eussent suffi pour rendre inutile cette digression.

M. Peisse a cru également devoir reproduire, dans le recueil dont nous nous occupons en ce moment, une partie de la critique qu'il fit jadis de la phrénologie. Cette reproduction, le besoin s'en faisait peut-être peu sentir aujourd'hui, mais, comme on lit toujours avec bonheur tout ce qui sort de cette plume fine, élégante, et au besoin spirituellement ironique, le lecteur, nous en sommes sûr, ne s'en plaindra pas, et saura même gré à l'éditeur, M. J.-B. Baillière,

d'avoir fait sur ce point une certaine violence à la modestie de l'auteur.

Dans la troisième partie, M. Peisse reproduit également, sous le titre d'*Etudes de mœurs médicales et de critique médico-littéraire*, une foule d'articles où le scepticisme de l'auteur se fait peut-être un peu trop jour pour ne pas blesser la susceptibilité légitime des médecins honnêtes ; mais, à part ces pages que nous voudrions effacer, on suit avec intérêt et plaisir cette plume alerte, spirituelle, mordante, et très-souvent excellente conseillère, dans le méandre de ces piquantes variétés. Enfin, ces deux volumes se terminent par des fragments biographiques qui commencent à Cabanis et finissent par Récamier.

Après avoir lu avec un vif plaisir cette petite encyclopédie feuilletoniste, où l'auteur passe sans cesse du grave au doux, du plaisant au sévère, nous nous sommes demandé si ce médecin qui n'est pas médecin avait une doctrine médicale, et quelle était cette doctrine. Si l'auteur se faisait lui-même cette question et qu'il y voulût répondre catégoriquement, nous croyons sincèrement qu'il serait quelque peu embarrassé. Nous savons bien que, parmi les vrais médecins, les médecins médicinant, on pourrait également rencontrer un peu de cette hésitation ; pourtant nous pensons que chez la plupart de ceux-ci le balancier du doute n'oscillerait pas entre des extrêmes si éloignés. Ainsi lisez la discussion savante, profonde, très-lucide surtout, à laquelle l'auteur se livre sur l'aliénation mentale, et là partout vous verrez professé l'organicisme le plus fortement accentué. D'un autre côté, parcourez le grave et si intéressant chapitre relatif au vitalisme et à l'organicisme, et vous vous convaincrez bien vite qu'ici on semble chanter une tout autre doxologie. Plus loin, M. Peissé se montre encore plus explicite sur ce point ; écoutez plutôt : « M. Dubois, dit-il (biographie de Récamier), représente la doctrine de ce médecin comme une espèce de stahlianisme. C'est la flatter extraordinairement. Le stahlianisme pourrait, avec quelques retouches, faire encore, n'en déplaise au vitalisme de Montpellier et à celui de Paris, une assez bonne figure dans les régions spéculatives de la médecine. Nous ne connaissons pas de système aussi bien lié, aussi conséquent, aussi conforme à la généralité des phénomènes de la vie, et aussi médical. » M. Peisse est donc animiste : ombres de Stahl, de Sauvages, etc., tressaillez d'allégresse ! En plein dix-neuvième siècle, un esprit supérieur, ingénieux entre tous, vous venge par son assentiment, un demi-assentiment au moins, des injures de toute une génération enivrée de sa propre

pensée ! Il a fallu quelque courage à M. Peisse pour s'exprimer si catégoriquement sur une question si délicate, en face même de la génération contemporaine ; ce courage scientifique n'est pas chose commune : c'est qu'il se lie à des convictions profondes, et que ces convictions-là ne germent que dans l'esprit des profonds penseurs. Lisez ce livre, dirai-je en finissant à beaucoup de lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, et lisez-le encore. Si, ce que je crois, le dernier mot de la science n'est pas là, ces discussions font penser et laissent au moins pressentir la vérité. On ne saurait d'ailleurs flâner scientifiquement avec un écrivain plus discret et de meilleure compagnie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Psoïtis terminé par suppuration. — Ouverture artificielle du foyer par le caustique de Vienne, a la région lombaire. — Injections iodées. — Régime tonique. — Guérison. — Le psoïtis est une maladie assez peu fréquente pour qu'il y ait avantage à en rappeler de temps en temps l'existence ; c'est ce qui nous engage à emprunter le fait suivant à la clinique de M. Marrotte. — Une fille de trente-deux ans, nommée Carthagne (Elisabeth), de petite taille, de tempérament lymphatico-nerveux, de constitution chétive, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, nº 2, le 14 mars 1858, portant au médius droit les reliquats d'un panaris et se plaignant de douleurs vives dans la moitié droite du bassin et d'impossibilité de marcher.

Cette malade disait avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition des accidents dont l'aggravation successive l'avait forcée à entrer à l'hopital.

Le panaris avait paru le premier ; il y a deux mois environ, il avait entraîné la nécrose de la dernière phalange, dont l'extraction, pratiquée à l'hôpital, fut suivie d'une guérison prompte et complète. A peu près vers la même époque que le panaris avaient commencé à se manifester des douleurs assez vives dans la région lombaire du côté droit. Quoique très-pénibles, les souffrances n'avaient pas acquis assez de force, pendant cinq semaines environ, pour empêcher la malade de vaquer à ses occupations. C'est à dater du 1er mars seulement que, devenant de plus en plus intenses, surtout la nuit, elles forcèrent la malade à s'aliter. Depuis ce moment, les jambes sont devenues inhabiles à supporter le poids du corps, la

cuisse droite s'est infléchie à moitié sur le bassin; le tronc, ployé en avant et incliné à gauche, a reporté le centre de gravité sur le côté sain. — La marche, devenue pénible et chancelante, ne s'est plus exécutée qu'avec une claudication considérable, due à l'ensemble des changements que nous venons de décrire dans l'attitude du corps et des membres, et aux efforts de la malade pour procurer une inaction aussi complète que possible au côté affecté. Au lit, l'attitude de la femme est la même; les membres inférieurs, infléchis sur le bassin, se déjettent vers le côté malade, pendant que le tronc reste dans le décubitus dorsal ou s'incline à gauche.

Examinée d'une manière plus approfondie, la malade accuse dans toute la région droite des lombes une douleur assez vive, qui s'exaspère par la pression, et par tous les mouvements que l'on imprime à la cuisse correspondante. Elle s'irradie en avant jusqu'au pli de l'aine; mais elle se fait sentir surtout en arrière vers le point d'émergence du nerf sciatique. — C'est cette dernière circonstance qui aura donné le change sur la nature de la maladie, et, la faisant prendre pour une névralgie sciatique, aura conduit à lui opposer des ventouses scarifiées et des vésicatoires sur la fesse, des bains de vapeur, etc. La colonne vertébrale, examinée avec soin, paraissait intacte.

La douleur existait également en avant, dans le flanc droit et dans la fosse iliaque, sur le trajet du psoas; elle y était plus facilement et plus vivement excitée par la pression qu'en arrière. Malgré un léger ballonnement du ventre, on constatait dans toute cette région un empâtement allongé, rénitent et assez nettement circonscrit. — Il existait, enfin, un mouvement fébrile assez intense, interrompu par des frissons erratiques et des sueurs, qui se manifestaient surtout dans la soirée. La langue était large, couverte d'un enduit blanc jaunâtre; il y avait anorexie et constipation. La menstruation n'avait pas reparu depuis deux mois, sans qu'il existât rien d'extraordinaire du côté des organes génito-urinaires.

Interrogée sur les causes qui avaient pu donner lieu à sa maladie, la fille Carthagne l'attribua à un excès de fatigue; elle était journellement obligée de monter de lourds fardeaux à un quatrième étage et de frotter l'appartement.

L'intensité et la nature des symptômes généraux et locaux indiquant une inflammation encore assez intense dans la tumeur phlegmoneuse du ventre, sans indice certain d'une collection purulente en voie de formation, M. Marrotte crut utile de faire appliquer une quinzaine de sangsues, ne fût-ce qu'à titre de palliatif.

Sous l'influence de cette évacuation sanguine, aidée de bains et de cataplasmes, le ventre devint plus souple et moins douloureux, la fièvre diminua, mais l'anorexie persistait et l'état saburral de la langue était plus prononcé. Un éméto-cathartique fut administré et suivi d'évacuations par haut et par bas, qui amenèrent un affaissement encore plus prononcé du ventre, et le retour d'un peu d'appétit. Il fut aussi plus facile de reconnaître et de limiter la tumeur occupant le côté droit du ventre, par comparaison avec l'affaissement et la mollesse du côté opposé. Le mouvement fébrlle diminua aussi d'une manière sensible.

Une amélioration aussi notable engageait naturellement à persévérer dans la même voie, et à tenter la résolution de la tumeur; aussi les bains, les cataplasmes furent-ils continués et suivis de deux larges vésicatoires. Mais bientôt le mouvement fébrile s'exaspéra, les frissons erratiques et les sueurs nocturnes reparurent. La malade perdit de nouveau l'appétit; après avoir pris avec plaisir quelques aliments solides, elle en vint de nouveau à ne prendre du bouillon et de la soupe que par raison, pour soutenir les forces et empêcher l'amaigrissement de faire des progrès plus considérables. Enfin, un examen attentif fit découvrir une fluctuation profonde, qui fut constatée par MM. Marrotte et Michon : quinze jours s'étaient écoulés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

A dater de ce moment, la fluctuation, d'abord obscure, devint évidente; elle était perçue non-seulement dans la fosse iliaque, mais à la région lombaire. La tumeur avait pris un volume considérable, mais sans proéminer plus spécialement vers aucun point, comme on s'en assura par l'examen de la région inguinale, du vagin et du rectum. Il était évident qu'un temps encore très-long s'écoulerait avant qu'elle ne vînt faire saillie vers un des points où aboutissent ordinairement ces sortes d'abcès. Mais il était évident aussi, en considérant l'amaigrissement notable de la malade, sa répugnance pour les aliments et l'intensité de la fièvre, qu'elle ne pourrait fournir aux dépenses d'une aussi longue carrière; aussi M. Marrotte se décida-t-il à pratiquer l'ouverture artificielle du foyer.

A cet effet, il choisit la région lombaire, et M. Dubarry, interne du service, fit trois applications successives de pâte de Vienne, à deux jours d'intervalle, et dans la largeur d'une pièce d'un franc. Le caustique fut appliqué à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, et en dehors de la masse sacro-lombaire, avec la précaution de fendre l'escarre avant chaque application nouvelle. Six jours suffirent donc pour arriver sur les parois du foyer.

A ce moment, la fluctuation était si évidente, si rapprochée du doigt, qu'un trocart fut plongé dans le foyer, où il pénétra après un parcours de quelques millimètres, et donna issue à 500 grammes d'un pus blanc, crémeux, bien lié et inodore. Une sonde, ouverte par les deux bouts, fut substituée au trocart et laissée à demeure. Elle servit à faire quelques injections d'eau tiède, qui furent continuées les jours suivants.

Un bien-être notable suivit cette évacuation. La fièvre cessa presque entièrement, l'appétit reparut et permit de donner à la malade de la viande et du vin de quinquina. Le sommeil devint plus complet et plus réparateur ; mais l'écoulement de pus resta considérable.

Huit jours après l'ouverture du foyer, la malade éprouva quelques frissons dans la soirée, la nuit fut agitée, l'appétit cessa ; il y eut une peu de diarrhée, et la sonde donna issue à un pus séreux et fétide. C'est alors que commença l'usage des injections iodées, qui modifièrent avantageusement les caractères de la suppuration en quelques jours. Elles furent continuées jusqu'à l'oblitération complète du foyer, à des degrés différents, suivant la bonne ou la mauvaise qualité du pus. La première se composait de parties égales de teinture d'iode iodurée et d'eau.

Il est inutile d'insister ici sur les modifications favorables ou fâcheuses qui se manifestèrent soit dans les symptômes locaux, soit dans les symptômes généraux, tels que la fièvre, la diarrhée, l'anorexie ; ou, au contraire, l'apyrexie, l'appétit, la gaieté, etc. Ce serait retracer l'histoire de toutes les suppurations considérables et profondes. Malgré ces oscillations inévitables, à la fin d'avril l'état général était satisfaisant, et la suppuration presque nulle ; l'abdomen s'était affaissé ; tout semblait annoncer une guérison prochaine, lorsque les douleurs revinrent, accompagnées de frisson. Ces accidents tenaient au rétrécissement trop considérable qu'avait subi le trajet fistuleux, lequel ne donnait plus issue qu'à quelques gouttes de sérosité. Il fallut donc l'élargir, en y introduisant un bâton du caustique Filhos. La sonde put être introduite de nouveau avec facilité, et laissa écouler une quantité notable de pus : les accidents s'apaisèrent. — Depuis lors, l'ouverture fut soigneusement entretenue, et les injections iodées furent continuées à dose progressivement affaiblie, jusqu'à oblitération complète du foyer, qui eut lieu à la fin du mois de juin.

Pendant ce temps, la malade avait repris de l'embonpoint et des forces, grâce à un régime substantiel, aidé du vin de quinquina et de la thériaque, lorsqu'il y avait de la diarrhée.

Mais, pour que sa guérison fût complète, il fallait que la malade perdît ses attitudes vicieuses, qu'elle pût redresser le tronc, étendre et fléchir la cuisse, la porter en dedans et en dehors, marcher, en un mot, sans douleur et sans fatigue. C'est ce qui fut obtenu par l'emploi des douches et des bains sulfureux; par des mouvements imprimés à la cuisse avec précaution, mais de manière à les rendre de plus en plus étendus; enfin, par la promenade à l'aide des béquilles.

Au bout d'un nouveau mois, ce résultat était obtenu, et, si la malade a été conservée jusqu'au 14 août, c'est pour éviter qu'elle ne reprît trop tôt des occupations fatigantes.

Cette observation nous a paru intéressante sous plusieurs rapports, et d'abord à cause du début insidieux de la maladie. Les caractères qu'on lui a assignés ne se manifestent en effet qu'à un degré avancé, et souvent même lorsqu'il est trop tard pour empêcher la suppuration. Aussi, lorsqu'à la suite de quelques-unes des causes qui ont été attribuées au psoïtis, et surtout de fatigues excessives qui ont surmené les membres inférieurs, il survient de la douleur lombaire, de la sensibilité à la pression le long du psoas, en avant et en arrière, et de la peine à marcher, et qu'il s'y joint surtout un peu de fièvre, il est prudent de mettre le malade au repos absolu et d'avoir recours à une médication antiphlogistique un peu énergique, sans attendre ces attitudes vicieuses et surtout la flexion de la cuisse, signalée pour la première fois comme pathognomonique par Lamotte.

Pour tenter ainsi la résolution du psoïtis, il n'est pas absolument nécessaire que la maladie date seulement de quelques jours. Dans cette observation comme dans toutes celles qui ont été publiées sur cette maladie, un long temps s'est écoulé avant que les accidents forçassent la malade à s'aliter.

La plupart des auteurs conseillent d'attendre que le pus vienne faire saillie vers l'un des points du foyer et se soit approché de la peau, pour se décider à l'ouvrir. Or, l'expérience a prouvé qu'un certain nombre de malades succombent à la fièvre hectique, avant que le pus se choisisse lui-même un lieu d'élection. M. Marrotte nous a dit avoir observé, à l'hôpital Sainte-Marguerite, un cas de ce genre bien remarquable, voici sous quels rapports : Un jeune homme de dix-neuf ans, nouvellement arrivé à Paris et employé à faire des courses chez un pharmacien, fut pris des symptômes d'un phlegmon profond du ventre. Malgré une médication active, employée dès l'arrivée du malade à l'hôpital, le phlegmon suppura. La collection purulente devint énorme, mais sans se déterminer vers

un point facilement accessible au bistouri. Il eût fallu, pour l'atteindre, pratiquer une opération analogue à celle que nécessiterait la ligature de l'iliaque primitive, opération que le chirurgien de l'hôpital n'osa pas tenter. Les symptômes de la fièvre hectique : frissons, sueurs fétides, diarrhée, amaigrissement, se déclarèrent ; puis apparurent sur divers points du corps, sur la tête spécialement, des abcès qui se formaient du jour au lendemain. Après plusieurs semaines, le malade mourut, et le foyer, qui s'était visiblement affaissé pendant sa vie, fut trouvé à moitié vide à l'autopsie.

De pareils exemples étaient de nature à fortifier M. Marrotte dans le dessein d'ouvrir une ouverture artificielle au pus, le plus promptement possible. Sa malade, comme le prouvent les détails de l'observation, n'aurait pas résisté le temps nécessaire pour que le pus s'approchât de la peau, en admettant que cela eût eu lieu. Dès que la fluctuation ne fut plus douteuse pour lui, et pour contrôler ses sensations, il eut recours aux lumières de M. Michon ; il n'hésita pas à pénétrer jusqu'au foyer par la région lombaire à l'aide de la potasse caustique.

La région lombaire fut choisie, parce qu'elle était tout aussi rapprochée du foyer que tout autre point de la paroi abdominale ; parce que la fluctuation y était aussi, et peut-être même plus évidente qu'ailleurs ; parce que, dans le décubitus dorsal, elle représentait le point le plus déclive du foyer ; parce que, dans le point délimité, c'est-à-dire à deux travers de doigt de la crête iliaque, M. Marrotte ne craignait pas d'atteindre le péritoine ou l'intestin, comme en avant et en bas, tandis que le reste était facile à éviter.

Quant au choix du caustique de Vienne, il est justifié par ses avantages sur le bistouri. Par son moyen, on ne redoutait pas l'ouverture d'un gros vaisseau ; on pouvait, avant d'arriver dans le foyer, pratiquer une ponction avec un trocart explorateur, ce qui fut fait, et s'assurer ainsi qu'on n'avait pas dévié sur un organe important. On s'assurait enfin une ouverture large et durable. M. Marrotte savait d'ailleurs que M. Gendrin avait obtenu plusieurs guérisons par ce procédé.

Malgré les avantages incontestables d'une prompte ouverture de l'abcès, la malade serait restée exposée aux chances défavorables qui suivaient autrefois la pénétration de l'air dans les grands foyers de suppuration, si les injections iodées, aidées d'un régime tonique, n'avaient rendu ici leurs services accoutumés.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cancroïde de la langue. *Ablation au moyen de l'écraseur linéaire.* La méthode de l'écrasement linéaire n'en est plus maintenant à faire ses preuves. Il s'agit donc moins d'apporter de nouveaux faits à l'appui de cette méthode que de rechercher dans les faits qui se produisent journellement ceux qui peuvent le mieux faire ressortir les indications ou les contre-indications. Voici un fait qui peut être considéré comme appartenant à la première catégorie.

Le 28 septembre est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, suppléé par M. Foucher, un homme, âgé de soixante-sept ans, portant sur le côté droit de la langue une tumeur non-pédiculée, ayant environ 3 centimètres de diamètre dans tous les sens, et située exactement sur la face dorsale à droite, à égale distance de la pointe et de la base de l'organe. Sa couleur était d'un blanc rosé, son tissu, plus dur que celui de la langue, ne pénétrait pas très-profondément; la surface était régulière et saignait facilement par le contact des dents. La tumeur était indolente, mais elle gênait un peu la mastication, parce que le contact des aliments était douloureux; les autres fonctions n'étaient point altérées.

La marche de la tumeur, sa consistance, son aspect et sa résistance à l'iodure de potassium, qui avait été employé chez ce malade, autorisait à diagnostiquer un cancroïde de la langue : il était dès lors indiqué d'enlever cette tumeur. Après avoir réfléchi aux dangers de l'hémorrhagie, si l'on amputait la langue par section, et aux inconvénients nombreux de la ligature; ayant d'ailleurs été témoin des bons résultats fournis par l'écrasement linéaire dans plusieurs cas de cette nature, M. Foucher se décida pour cette dernière méthode. Il résolut de pédiculiser la tumeur, et, afin d'être sûr de l'enlever complétement, il fit pénétrer dans les tissus sains, au-dessous de la tumeur, trois longues épingles qui, enfoncées de dehors en dedans, vinrent sortir vers le milieu de la face dorsale de la langue, à 3 ou 4 millimètres au delà du tissu morbide. Ces trois épingles étaient transversales et parallèles; une quatrième épingle les croisa perpendiculairement, en pénétrant d'avant en arrière. Les quatre épingles ainsi disposées formaient au-dessous de la tumeur un plan qui la limitait profondément et la circonscrivait sur les parties latérales; un fil passé sous toutes les épingles, dont chaque extrémité sortait du tissu lingual, fut noué et assez serré pour former une rigole circulaire dans laquelle fut engagée la chaîne de l'écraseur. L'instrument ainsi placé, on le fit fonctionner en faisant marcher la chaîne d'un cran par minute. Au bout de cinquante-neuf minutes, la tumeur fut entièrement détachée. Le malade dit avoir éprouvé d'assez vives douleurs au commencement de l'opération, mais elles ont diminué graduellement et n'ont pas tardé à devenir très-supportables. Il s'est écoulé à peine assez de sang pour teindre en rouge la salive qui sortait de la bouche en assez grande quantité.

Après l'opération, la langue offrait une plaie presque circulaire d'environ 3 centimètres de diamètre, et d'autant plus superficielle qu'elle était plus rapprochée de ses bords.

L'examen de la tumeur permit de constater qu'elle avait été enlevée en totalité.

Les suites de l'opération furent très-simples; il n'y eut pas trace d'hémorrhagie; la plaie s'était recouverte pendant quelques jours d'une couche purulente, qui fit bientôt place à une cicatrice très-souple. Dès le 15 octobre, le malade put prendre une alimentation solide; et le 19 il sortait complétement guéri. (*Moniteur des hôpit.*, octobre.)

Chloroforme, *son mode d'action lorsqu'il est employé comme fébrifuge.* Nous avons à enregistrer trois nouveaux témoignages à l'appui de la valeur de cette médication formulée par notre compatriote, M. Delioux, et non par le docteur Foblacion, ainsi que le proclame le journal espagnol. Voici les faits : M. Garcin del Rio croit à la vertu de cet agent comme antipériodique, après l'avoir administré à quinze malades. Le rédacteur du journal a vu, à son tour, dans quatre cas, chaque accès décroître sous l'influence d'une dose de chloroforme donnée toutes les dix minutes au début de l'accès. Mais il a dû finir néanmoins par prescrire

le sulfate de quinine. Enfin, le docteur Serrano nous initie avec plus de détails à la connaissance des seuls services qu'il semble juste d'attendre de cette médication. A partir du moment où le frisson a commencé, il administre toutes les heures une petite tasse du mélange suivant :

Pr. Eau distillée . . . 250 grammes.
Chloroforme . . . 12 décigrammes.
Sirop de gomme. 30 grammes.

Dès la première dose, dit-il, le frisson diminue, et il est sensiblement abrégé. Au lieu d'une demi-heure (sa durée habituelle chez un des malades observés), il ne se prolonge que dix minutes. Chaque accès consécutif, sous l'influence de la même médication, est moins intense qu'auparavant ; mais, néanmoins, presque toujours il fallut en venir à l'emploi du quinquina. Dans un seul cas, le chloroforme a eu les honneurs exclusifs de la guérison. (*La Espana med.* et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Délire *calmé par l'alimentation* (*Exemple de*). L'influence de l'alimentation sur le délire est souvent très-remarquable, et l'expérience a bien des fois vérifié l'exactitude de ce vieux dicton populaire qui attribue à l'état de vacuité du cerveau le délire qui se manifeste dans certains états morbides communs qui ne l'impliquent pas naturellement. En voici un exemple entre autres.

Le 8 juin dernier, un homme âgé de cinquante ans entre à l'Hôtel-Dieu pour un érysipèle de la face ; il est pris le cinquième jour d'un délire violent ; il y avait en même temps sécheresse de la langue et diarrhée, sans fièvre vive. M. Trousseau, dans le service de qui ce malade était placé, laissa la diarrhée marcher pendant un jour ; puis, le second jour, il jugea convenable de l'arrêter à l'aide du sous-nitrate de bismuth, afin de donner le plus tôt possible des aliments au malade. Ce professeur considère, en effet, que dans beaucoup de cas, le délire qui complique l'érysipèle tient au mauvais état du sang ; et comme pour modifier cet état il n'est pas de meilleur moyen que d'introduire dans la circulation un stimulus nouveau par l'intermédiaire des aliments, M. Trousseau donne à manger à ses malades, dès que la fièvre a perdu son intensité, sans tenir compte de la sécheresse de la langue, qui n'est souvent que le signe de l'abstinence. Ce qui est certain, c'est que, chez le sujet dont il s'agit, on a prescrit une portion et un peu de vin, et que, sous l'influence de ces agents alimentaires, les phénomènes d'ataxie, loin d'augmenter, ont disparu comme par enchantement. Dès le lendemain, le délire avait cessé, et, chose remarquable, la langue, qui était brune et parcheminée, avait repris sa couleur et son humidité normales. Le même effet se produit, selon M. Trousseau, dans toutes les maladies aiguës délirantes, quand les intestins ne sont pas en cause, et que l'état fébrile est assez modéré pour permettre une légère alimentation. (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, septembre.)

Entorses (*Procédé à suivre pour les frictions et le massage employés comme traitement des*). Nous avons rappelé dans notre dernier numéro les bons résultats dont quelques membres de la Société médicale du deuxième arrondissement avaient été témoins, à la suite de l'emploi de cette méthode. Quant au procédé suivi, il a varié ; tandis que les uns, avec M. Lebâtard, insistaient sur le massage, les autres, et nous sommes de ce nombre, bornaient leurs manœuvres aux frictions. Dans une des dernières séances de l'Académie, M. Girard est venu lire, sur ce sujet, un mémoire dans lequel l'auteur fait connaître les résultats qu'il a obtenus personnellement de l'emploi des deux moyens. L'extrait suivant prouvera que la plus simple des manœuvres, la friction, est celle qui doit dominer.

Quelle que soit la gravité d'une entorse, dit-il, nous ne nous occupons d'abord que du gonflement et de la douleur, sauf plus tard, lorsque nous avons fait disparaître ces symptômes, à constater les complications et à y remédier. Le premier temps de l'opération consiste dans de simples frictions excessivement légères, car à peine effleurons-nous la peau avec le bout des doigts. Ces frictions sont exécutées avec la face palmaire des doigts réunis, toujours de bas en haut, et de façon à ne pas éveiller la moindre douleur. Après dix, quinze ou vingt minutes, il est rare qu'on ne puisse pas exercer une pression un peu plus forte, que nous augmentons ou que nous diminuons suivant les sensations éprouvées par le malade. Rarement a-t-on agi ainsi pendant une demi-heure, que déjà le patient accuse un soulagement notable, surtout appréciable lorsque les douleurs sont continues,

Après ces frictions, et lorsqu'on a pu exercer sur le membre endolori une pression que l'on peut évaluer au poids de la main, alors commence le deuxième temps de l'opération, que nous nommons le massage proprement dit.

Il consiste à agir non-seulement avec les doigts, que l'on écarte plus ou moins pour les faire glisser dans les gouttières des régions, mais encore avec la paume des mains, de façon à embrasser toute l'articulation et toutes les parties environnantes.

Dans ces deux temps, nous avons la précaution d'enduire nos doigts et nos mains d'un corps gras, tel que l'huile d'amandes douces, afin de faciliter leur glissement et de rendre leur contact plus doux à la peau.

Le deuxième manuel se pratique en observant la même gradation que dans le premier, c'est-à-dire d'une manière douce, moelleuse et sans secousse. Il faut toujours que les mains soient promenées dans le même sens, c'est-à-dire de bas en haut, et qu'elles agissent non-seulement sur les points douloureux, mais encore sur toutes les parties tuméfiées.

Ainsi, dans l'entorse du pied et du poignet, nous exerçons le massage depuis les extrémités des doigts jusqu'au tiers supérieur du tibia ou du radius, en mettant nos mains alternativement dans la position de la pronation et dans celle de la supination.

Pour les autres articulations, nous observons les mêmes principes, en agissant non-seulement sur la région malade, mais encore sur une grande étendue de celles qui lui sont limitrophes.

Après ces manipulations plus ou moins prolongées, suivant la gravité et l'ancienneté de l'entorse, nous arrivons à faire opérer à l'articulation des mouvements dans tous les sens; mais cela seulement alors que les plus fortes pressions faites avec les mains n'éveillent plus aucune sensation douloureuse.

Si ces mouvements déterminent quelques douleurs, nous nous en abstenons alors pour revenir au massage, jusqu'à ce que de nouveaux tâtonnements nous démontrent que la jointure peut être fléchie ou étendue sans que le patient accuse de sensibilité anormale.

Ces mouvements imprimés mécaniquement à la jointure ne peuvent qu'être très-douloureux et ne laissent pas que d'être même dangereux si on veut les déterminer dès les premiers temps de l'opération.

A notre point de vue, ils ne sont pas utiles pour la réussite du traitement, et on ne doit y recourir que comme moyen d'appréciation des résultats obtenus par le massage. (*Compte rendu de l'Académie*, novembre.)

Héméralopie. *Son traitement par l'huile de foie de morue.* La question du traitement de l'héméralopie a été traitée dans ce journal par notre collaborateur M. le docteur Deval, avec toute l'autorité qui appartient à son nom et avec toute l'étendue et le soin que comporte le sujet. Aussi aurions-nous garde d'y revenir après lui, si nous n'avions à faire connaître les effets dignes d'attention que M. le docteur Ed. Despont, de Mauvezin, a dit avoir obtenus par l'huile de foie de morue, dans un article dont notre collaborateur n'avait pu avoir connaissance à l'époque où il a publié son travail.

M. Despont ayant eu à traiter en 1854 de nombreux cas d'héméralopie qui se montrèrent dans la contrée où il exerce, après avoir épuisé sans succès les différentes méthodes de traitement préconisées par les auteurs, eut recours à l'huile de foie de morue, dont il avait déjà eu l'occasion de constater l'effet remarquable dans un cas où il l'avait donnée dans un autre but chez un jeune sujet atteint d'une affection complexe à caractère adynamique et compliquée d'héméralopie. Il l'a employée sur quatorze malades. Dans treize de ces cas, l'héméralopie était idiopathique; dans un cas, le malade était affecté en même temps de cécité nocturne et d'embarras gastro-intestinal.

Dans un cas, douze heures ont suffi au remède pour produire toute son action et redonner à la rétine sa sensibilité première.

Les douze autres cas peuvent se diviser de la manière suivante, en tenant compte de l'âge des malades et de la durée du traitement.

6 âgés de moins de vingt ans, guéris: 2 le premier jour, 4 le deuxième jour.

1 femme de trente-deux ans, guérie le troisième jour.

5 âgés de cinquante-deux à soixante-quatre ans, guéris: 3 le troisième jour, 1 le sixième jour, 1 le neuvième jour.

D'où l'on voit que chez dix malades le traitement le plus long a été de trois jours. Dans un cas il a duré six jours;

le malade offrait, en même temps que l'héméralopie, une conjonctivite intense entretenue par la poussière des champs. L'observation du malade dont le traitement s'est prolongé jusqu'au neuvième jour, est un cas d'héméralopie idiopathique qui s'éloignait des faits ordinaires sous plusieurs rapports, notamment pour son intensité et son ancienneté; elle durait depuis neuf mois et la cécité ne pouvait guère être portée à un degré plus élevé, sans danger pour l'organe de la vision.

La manière dont M. Despont administre l'huile de foie de morue dans ce cas est fort simple : il la donne le matin à jeun. Douze de ses malades n'en ont pris qu'une cuillerée à bouche tous les matins ; quelques-uns ont cessé leur traitement le troisième jour et n'ont pris en tout que trois cuillerées du remède, c'est-à-dire environ 30 grammes. Chez trois la dose a été portée à deux cuillerées par jour. Il est prudent néanmoins de faire continuer l'usage du médicament pendant cinq ou six jours après la cessation de la maladie, pour prévenir toute récidive. Deux malades, qui avaient cessé l'usage du médicament dès le troisième jour, ont éprouvé une rechute. Ils sont revenus à l'usage du même moyen, et la première cuillerée a fait cesser de nouveau la maladie.

M. Despont a toujours employé l'huile de foie de morue brune. Son administration a été suivie, dans deux cas, d'une épistaxis abondante. Dans les treize autres cas, il ne s'est manifesté aucun effet physiologique, l'effet thérapeutique a été immédiat. (*Union médicale*, septembre.)

Hydrarthrose. *Son traitement prompt, simple et non douloureux.* Chaque fois qu'un praticien prend soin, à la fin de sa carrière, de venir nous signaler une formule de traitement qui lui a spécialement réussi, nous nous empressons d'enregistrer son témoignage. Ces sortes de communications, fruits d'une longue expérience, sont destinées, en effet, à assurer le progrès de la thérapeutique.

M. le docteur Ricart, de Soissons, qui a été longtemps médecin de la manufacture des glaces de Saint-Gobain, dont les ateliers humides disposent les ouvriers à contracter des hydrarthroses, a eu ainsi l'occasion d'expérimenter les ressources diverses tentées contre cette affection. De tous les traitements qu'il a mis en usage, celui qui lui a le mieux réussi consiste à frictionner, matin et soir, durant cinq minutes, l'articulation malade avec une flanelle imprégnée de vapeurs de baies de genièvre, projetées sur des charbons ardents; après cette friction, on pratique des embrocations prolongées, avec un petit tampon fait d'un peu de coton renfermé dans un morceau de mousseline, imbibé du liniment suivant :

Gomme ammoniaque.... 30 grammes,
Vinaigre scillitique...... Q. S.,

pour que le mélange offre la consistance sirupeuse. On recouvre ensuite l'articulation avec un emplâtre de gomme ammoniaque étendue sur un morceau de peau assez large pour dépasser les limites des parties affectées.

Souvent la douleur qui accompagne l'hydrarthrose cesse, dit M. Ricart, cinq ou six jours après la première application ; la résorption du liquide épanché dans la capsule articulaire se manifeste d'une manière sensible chaque jour; les mouvements deviennent de plus en plus libres, et la tuméfaction ne tarde pas à disparaître complétement. Cependant il est convenable, ajoute l'auteur, de laisser l'emplâtre encore quinze jours après la disparition de tout symptôme. Alors on entoure l'articulation avec une bande de flanelle de 1 mètre de long sur 6 centimètres de large, serrée de façon à exercer une compression légère.

M. Ricart cite, comme exemple de l'efficacité de ce traitement, le fait d'une jeune fille de dix-huit ans, rachitique, affectée depuis deux années d'une hydrarthrose du genou gauche, contre laquelle les sangsues, les vésicatoires et diverses médications internes avaient été dirigées sans succès; soumise au traitement ci-dessus, elle était complétement guérie vingt-cinq jours après. (*Abeille médicale*, novemb.)

Lavement *contre l'invagination et l'étranglement intestinal.* Ces accidents se présentent assez souvent dans la pratique, et se terminent fréquemment par la mort. Nous en avons eu une preuve toute récente par la perte douloureuse qu'a faite le corps médical dans les personnes de Ph. Boyer et Lucas Championnière, qui ont succombé à cette maladie.

Dans le cours de ma longue carrière, dit M. Richart, j'ai rencontré au moins vingt fois cet étranglement d'intestin; les premiers cas que j'ai eu à traiter ont succombé, quoique j'eusse suivi le

traitement classique et rationnel ; émissions sanguines générales et locales, bains prolongés, lavements purgatifs huileux, cataplasmes narcotiques, etc. Découragé par ces insuccès, j'ai changé de traitement, et je crois être fort utile à mes confrères en publiant celui que j'ai adopté, et qui m'a donné les plus heureux résultats : c'est un lavement que je regarde comme empirique, ne pouvant expliquer son mode d'action.

Ce lavement est composé ainsi qu'il suit : dans 500 grammes de décoction de feuilles de mauve, de mélilot et de camomille, faites infuser pendant deux heures une forte poignée de rue récente et pilée ; passez avec expression ; faites-y fondre 5 grammes de sel ammoniac ; ajoutez-y 60 grammes d'huile de noix et autant de miel de mercuriale ; pour deux lavements à prendre à deux heures de distance.

Ce lavement m'a été également utile, dit l'auteur, dans les cas de hernies étranglées et les constipations opiniâtres des vieillards, qui présentent quelquefois les mêmes symptômes que l'étranglement intestinal. (*Revue de Thér.* et *Ann. d'Anvers*, octobre.)

Laudanum. *Son emploi dans les cas d'ophthalmie et certains affaiblissements de la vue chez les individus âgés.* L'emploi local du laudanum pur contre les ophthalmies, malgré les travaux nombreux dont cette médication a été l'objet, est fort négligé dans la pratique courante. M. le professeur Nasca, de Naples, appelle de nouveau l'attention de ses confrères sur les bons effets de ce remède. Après avoir signalé les contre-indications (dont quelques-unes, telles que l'état subaigu, peuvent être éloignées par un traitement antiphlogistique et altérant préalable), il spécifie en termes précis la période de l'ophthalmie où le remède possède toute sa puissance. Alors laissez tomber une goutte de laudanum entre les paupières, une fois par jour pendant le premier septénaire, puis progressivement deux, trois, et jusqu'à quatre fois par jour. Proscrivez en même temps toute lotion émolliente remplacée avec avantage par celles faites avec un vin faible additionné de teinture de myrrhe, et vous parviendrez souvent, par ce traitement si simple, à triompher d'ophthalmies qui allaient passer, ou qui étaient passées à l'état chronique.

Une autre application fort précieuse de ce remède est indiquée par ce médecin. Les personnes âgées, dont la vue va s'affaiblissant de manière à réclamer l'emploi des verres convexes, se trouveront bien, pourvu qu'il n'y ait aucune lésion des nerfs, de se badigeonner, tous les soirs, les paupières et le front avec le laudanum, qu'elles devront y laisser durant toute la nuit. En trente ou quarante jours, au plus, l'effet sur la vision est ordinairement très-sensible. (*Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Tubage *du larynx fait avec succès dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né.* M. le docteur Delfrayssé vient de transmettre à l'Académie un essai de tubage du larynx appliqué au traitement de l'asphyxie. Nous regrettons que la brièveté de son récit ne permette pas d'apprécier au juste la part à faire au nouveau moyen dans le rétablissement du petit malade. Quoi qu'il en soit, ce fait devant servir à l'histoire de la nouvelle méthode, nous devons l'enregistrer.

Appelé près d'un enfant né à terme bien constitué, mais qui offrait toutes les apparences de la mort, bien que la sage-femme lui eût donné, pendant plus d'un quart d'heure, tous les soins usités en pareil cas, M. Delfrayssé eut l'idée d'essayer du tubage laryngien. « Je choisis, dit l'auteur, parmi mes tubes et mes sondes de tout calibre, ceux que je pouvais approprier à cette opération. Je parvins à imiter un peu grossièrement toutes les pièces de l'appareil, qui fonctionnèrent néanmoins d'une manière satisfaisante. L'enfant était froid, décoloré, et présentait les signes de l'asphyxie la plus complète, tels que le relâchement des mâchoires, la flaccidité des membres, l'absence de respiration, etc. J'introduisis alors, avec facilité, le tube que je venais de préparer, et, lorsqu'il fut en place, j'exerçai un mouvement de compression sur les côtés du thorax ; une large inspiration suivit immédiatement cette manœuvre. En peu d'instants, la respiration s'établit avec la plus grande régularité, et l'enfant revint à la vie. Le tube fut alors retiré, sans aucune difficulté, au moyen d'une traction légère sur le fil qui le retenait, et dont un bout sortait de la bouche. En moins d'une minute, cette résurrection avait eu lieu. »

Ce qui frappe le plus dans ce récit, c'est la rapidité de l'établissement de la respiration. Des pressions thoraciques avaient-elles été tentées par la sage-femme ? Il eût été important d'en faire la mention. Si l'innocuité du tu-

bage provoquait de nouveaux essais, et que ses bons effets fussent démontrés, l'emploi de ce moyen serait étendu avec succès aux cas d'asphyxie qui surviennent à la suite des inhalations anesthésiques. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, novembre.)

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DE M. CHOMEL,

par M. le professeur Grisolle.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine a présenté, cette année, un intérêt tout particulier : elle est venue révéler chez M. le professeur Grisolle, chargé de prononcer le discours d'usage, un talent d'orateur que beaucoup ne lui soupçonnaient pas. Élévation de pensées, noblesse des sentiments du cœur, M. Grisolle a justifié, dans cette circonstance solennelle, le choix qu'on avait fait M. Chomel comme son élève de prédilection et le continuateur de son enseignement. On a voulu voir dans l'éloge de M. Chomel un manifeste de l'école de Paris; c'est prêter à ce discours une intention qu'il ne pouvait avoir : il est surtout un hommage rendu à la mémoire d'un maître vénéré. M. Grisolle ne pouvait oublier qu'il avait pour auditoire de jeunes étudiants au début de leur carrière, et il ne pouvait leur offrir un plus beau modèle à suivre. Nul, en effet, n'a réuni en plus grand nombre que M. Chomel les qualités qui constituent le grand médecin : *Vir probus, dicendi peritus.*

Du reste, nous publions en entier ce discours. Sa lecture, mieux que tout ce que nous pourrions dire, expliquera les acclamations réitérées qui sont venues en interrompre la lecture, et, plus que personne, nous applaudissons au beau et légitime succès de M. le professeur Grisolle.

Messieurs, c'est un noble usage que d'honorer par des éloges publics les morts illustres. Il est juste, il est moral aussi de payer un dernier tribut de gratitude et de respect à ces maîtres qui, par leur enseignement, par leurs écrits, nous ont aplani les difficultés de la route, et qui ont bien mérité de la médecine par leurs services, par la noblesse de leur caractère comme par leurs vertus privées. N'est-ce pas d'ailleurs inaugurer dignement nos travaux que de présenter le récit d'une vie laborieuse, utile, toujours honorée, à l'émulation d'une jeunesse qui s'enthousiasme si aisément pour le beau, dont le cœur vibre à tous les sentiments honnêtes, et qui, digne d'exercer un jour la première des professions, s'est toujours montrée avide de bien faire?

Quel plus parfait modèle pourrais-je vous offrir, messieurs, que le médecin illustre dont je dois aujourd'hui vous rappeler la vie? Professeur de clinique médicale, auteur d'ouvrages classiques, médecin praticien, M. Chomel s'est placé au premier rang et l'a conservé pendant plus de trente années. Esprit droit et pratique, observateur sagace et persévérant, d'une science profonde, d'une aptitude merveilleuse pour résoudre ces problèmes difficiles que la maladie nous présente à chaque pas; thérapeutiste honnête, jamais téméraire, dans ses leçons comme dans ses ouvrages, il brille par les deux qualités essentielles du professeur comme de l'écrivain, la clarté et le bon sens. Caractère loyal et ferme, d'une austère probité, possédant au plus haut degré la religion du devoir, dévoué, courageux, fidèle à l'amitié comme au malheur; désintéressé, bienfaisant, sympathique pour tout ce qui est bien comme pour tous ceux qui souffrent; résigné, stoïque pour ses propres douleurs, et, au moment suprême, acceptant la mort en sage, sans vaine ostentation comme sans faiblesse : tel a été M. Chomel.

La plupart de vous, messieurs, n'avez pu l'entendre; vous ne le connaissez que par ses ouvrages, par ses titres, tous mérités, et par cette renommée sans tache qui l'a rendu l'un des médecins les plus populaires de ce siècle. Après vingt-cinq ans d'un professorat glorieux, il s'est éloigné de nous, non sans un vif chagrin, poussé par une de ces délicatesses de sentiment que la gratitude inspire aux âmes bien nées.

Mais la Faculté de médecine de Paris, qui n'a jamais renié ses gloires, est

restée fidèle au souvenir de M. Chomel. Elle ne pouvait oublier dans sa retraite honorable celui qui avait jeté sur notre enseignement un si vif éclat, celui dont les élèves occupent toutes les avenues de la science, et, répandus dans le monde entier, y propagent ses doctrines et ne parlent de sa personne qu'avec vénération et tendresse. Elle ne pouvait oublier le professeur qui, par la rectitude de son esprit, la sévérité de la méthode, le respect éclairé de la tradition, celui qui, par ses préceptes comme par son exemple, avait su contenir, à des époques souvent difficiles, plusieurs générations médicales dans les limites de la sagesse, de la raison et du devoir. Elle s'est toujours souvenue que M. Chomel était un des représentants les plus fermes, les plus autorisés de cette école de Paris qui vise toujours vers ce qui est utile et grand, dont la suprématie ne saurait plus être contestée, surtout depuis Bichat et Laënnec, et que M. Chomel a si simplement, mais si dignement caractérisée en disant qu'elle était l'*école du progrès et du bon sens.*

Pour honorer une si belle existence, la Faculté a voulu qu'on rendît à la mémoire de M. Chomel tous les hommages qu'elle pouvait décerner. Au jour des funérailles, elle s'est unie à cette foule immense qui est venue saluer une dernière fois le savant et l'honnête homme; aujourd'hui elle veut plus solennellement encore rappeler tous les titres de M. Chomel à l'estime et à l'admiration publiques.

Ce devoir eût été sans doute beaucoup mieux rempli par ceux de mes collègues qui furent les contemporains, les émules de gloire de M. Chomel, et surtout par celui d'entre nous qui, lié avec lui dès l'enfance de la plus étroite amitié, aurait pu vous parler de l'enseignement clinique avec cette autorité que donne un succès continué pendant quarante années, et qui, pour vous dépeindre les qualités du cœur de son ami, aurait eu bien moins à se rappeler qu'à regarder en lui-même (1).

En m'honorant de son choix, la Faculté m'a imposé une tâche bien difficile. Il est toujours malaisé de louer dignement un médecin; Cuvier lui-même avait eu cette préoccupation. Ma crainte s'augmente encore de la comparaison que vous ferez nécessairement avec ceux qui, à cette place et dans des solennités pareilles, ont eu le talent de vous instruire, de vous charmer ou de vous émouvoir. Enfin, vous le savez tous, messieurs, je viens en ce moment vous parler de mon maître, d'un maître bien-aimé, de celui qui m'a dirigé et protégé dans ma carrière; aussi comprendrez-vous la frayeur que j'éprouve de rester beaucoup trop au-dessous de mon sujet. J'ai pensé pourtant que, devant une assemblée qui, comme celle-ci, compte tant d'élèves, tant d'admirateurs, tant d'amis de M. Chomel, je pouvais espérer un peu de bienveillance, et qu'en vous parlant d'un maître, d'un ami commun, d'une manière même imparfaite, je pourrais, en exprimant quelques-uns de vos propres sentiments, obtenir peut-être des marques de votre faveur.

Auguste-François Chomel naquit à Paris le 13 avril 1788. Élève de l'institution Savouré et du lycée impérial Napoléon, il fit d'excellentes études littéraires, et fut en 1806 un des lauréats du concours général. Au collége, comme plus tard à la Faculté, il ne fut pas seulement un élève intelligent et appliqué, mais on le remarqua plus encore peut-être par une réserve, une dignité de manières, de conduite, en un mot par une partie de ces qualités morales qui le distinguaient à son âge mûr.

Il ne fut pas porté vers la médecine par une de ces déterminations instinctives qui nous poussent vers une carrière, malgré tous les obstacles qu'on oppose; M. Chomel se fit, dit-on, médecin par obéissance filiale. Son père, atteint de surdité, n'avait pu étudier une science vers laquelle l'appelaient et ses goûts et les traditions de sa famille; il se consola par la culture des lettres (2). Nous lui devions un souvenir pour avoir provoqué la vocation de son fils et deviné que nulle autre profession ne pouvait, au même degré que la médecine, fournir un aliment à l'activité de cet esprit positif, comme à cette bienveillance qu'il avait dans le cœur.

---

(1) M. le professeur Rostan.

(2) *Aménités littéraires et recueil d'anecdotes*; Amsterdam, 1773 (sans nom d'auteur).

En embrassant la médecine, M. Chomel trouvait dans sa famille de beaux exemples à suivre. Il était arrière-petit-neveu de Jean et de Charles Delorme, qui, depuis Henri III jusqu'à Louis XIV, avaient été médecins de la cour pendant quatre règnes successifs. Charles Delorme, le plus célèbre des deux, anobli par le sénat de Venise, a montré un dévouement dont l'histoire a conservé le souvenir : à Paris, en 1619, et au siége fameux de la Rochelle, lorsque l'armée de Richelieu était décimée par la dyssenterie. Médecin savant, spirituel, praticien sage, habile et désintéressé [1], il eut de nombreux amis et le bonheur peut-être plus rare encore d'être loué sans réserve par notre satirique Guy Patin. Dès ses débuts, absorbé par la pratique, vivant peut-être aussi dans un milieu peu favorable aux recherches et au recueillement, il n'a élevé, quoique mort presque centenaire, aucun monument à la science. Faut-il le regretter?... Il aimait peut-être un peu le paradoxe et les rapprochements forcés. C'est ainsi que dans un des trois opuscules qu'il a publiés [2], il a recherché si on ne devait pas ranger dans la même catégorie de malades les fous et les amoureux. C'est là, messieurs, une de ces questions que je me garderai bien de discuter ici ; mais Delorme l'a résolue affirmativement, et, conséquent avec sa doctrine, il a proposé d'appliquer la même médication à ceux qui aiment qu'à ceux qui déraisonnent.

La famille Chomel, issue de bonne bourgeoisie, était originaire de Gannat en Bourbonnais. Elle a, dans le courant du dix-huitième siècle, donné à notre profession au moins cinq médecins, renommés à divers titres.

Nous trouvons Jean-Baptiste Chomel, conseiller et médecin ordinaire de Louis XIV; Jacques-François, médecin de Louis XV, intendant des eaux de Vichy, qui a publié un petit traité sur ces thermes célèbres, et donné son nom à l'une des sources.

Aimable Chomel, le moins célèbre de tous, mérite pourtant un souvenir. Médecin du roi au Canada, il fut victime d'un de ces dévouements si ordinaires dans notre profession ; emporté par son zèle, il courut à Brest pour combattre une épidémie meurtrière qui régnait dans cette ville en 1758, et il y trouva une mort glorieuse.

Jean-Baptiste-Louis, frère du précédent, fut médecin ordinaire de Louis XV, professeur de botanique et doyen de l'ancienne Faculté. Il a publié sur la pathologie, les épizooties, ainsi que sur l'histoire médicale, des travaux qui indiquent la solidité comme la variété de ses connaissances.

Enfin l'aïeul de M. Chomel, père des deux médecins dont j'ai parlé en dernier lieu, fut Pierre-Jean-Baptiste, qui, après avoir été l'ami, le collaborateur de Tournefort, devint médecin ordinaire de Louis XIV et de Louis XV, membre de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté, et publia un livre qui obtint une certaine célébrité, le *Traité des plantes usuelles*.

Peu de familles ont donc compté dans la même carrière une série non interrompue d'hommes aussi distingués. C'est là, messieurs, une vraie noblesse, la plus glorieuse de toutes, car elle ne se transmet aux enfants qu'autant qu'ils la méritent par les mêmes travaux, par les mêmes services, qui ont déjà signalé leurs pères. Si les ancêtres sont un péril pour les âmes faibles, pour les esprits paresseux ; si, comme le dit La Rochefoucauld, *les grands noms abaissent au lieu d'élever ceux qui ne les savent pas soutenir* [3], ils sont, pour les natures énergiques, un stimulant qui excite à mieux faire encore.

M. Chomel était admirablement doué pour ressentir cette émulation ; il a marché résolûment sur les traces de ses aïeux ; et l'on peut dire que par ses travaux, par l'éclat de ses services, par sa renommée, il a agrandi l'héritage de gloire qu'on lui avait transmis. Puissions-nous voir un jour un de ses petits-fils, désormais héritiers de son nom, continuer dans la médecine et dans notre Faculté cette illustration de famille qui date de deux siècles et demi, et qui s'est fondée sur les services, sur les talents et sur la vertu [4].

---

(1) Henri IV, faisant allusion à son désintéressement, disait un jour que le jeune Delorme *gentilhommait* la médecine.

(2) *Caroli Delorme, Laurea apollinaris* ; Parisiis, 1608.

(3) Maxime 91.

(4) D'après la volonté exprimée par M. Chomel, son gendre, M. Delalain, juge au tribunal de la Seine, et ses enfants, doivent ajouter le nom de Chomel à leur nom de famille.

Nous avons vu que M. Chomel avait étudié la médecine un peu par obéissance; il répugnait surtout à l'anatomie. Mais ce dégoût fut bientôt surmonté; dès lors on le vit se passionner pour cette étude si belle, si indispensable au médecin. Il embrassa avec une ardeur égale les autres sciences médicales; il ne tarda pas à se placer au premier rang et même à se signaler parmi ses émules. C'est ainsi qu'il obtint toutes ces distinctions auxquelles vous pouvez et devez tous prétendre. Il fut pendant quatre ans élève interne, et durant son exercice il devint lauréat au concours des hôpitaux, où il obtint la médaille d'or. Deux fois aussi, il y a près d'un demi-siècle, son nom retentit dans cette même enceinte, et provoqua ces applaudissements que bientôt nous donnerons ensemble et de tout cœur aux élèves de l'École pratique qui cette année ont mérité les mêmes récompenses.

M. Chomel s'est donc préparé à l'exercice de son art par un grand labeur, et il a vaincu par sa volonté ses répugnances premières. Il fut sans doute porté vers le travail par l'attrait qu'il y trouva. Y a-t-il, en effet, une science plus curieuse que la nôtre? Y a-t-il rien de plus élevé que l'étude de l'homme? rien qui exerce au même degré l'intelligence, et qui en même temps excite aussi vivement les nobles impulsions du cœur? Mais ceux qui ont connu le caractère de M. Chomel avoueront aisément que le principal mobile de ses efforts fut le sentiment du devoir. Il comprit, dès son entrée dans la carrière, toutes ses obligations. Il savait que le pire des hommes serait celui qui, sans préparation suffisante, voudrait résoudre ces problèmes d'où dépendent la vie et l'honneur des familles. Il voulait pouvoir se dire un jour, en face de ces cas obscurs qui déjouent la perspicacité des plus habiles: *J'ai fait ce que j'ai pu.* Mais, pour se l'avouer sans remords, il faut en même temps que notre conscience nous donne le témoignage que nous savions tout ce que nous pouvions savoir, tout ce que nous devions apprendre. Messieurs, ne vous exposez pas à des regrets pour l'avenir, car l'exercice de la médecine serait pour vous une source de chagrins cuisants, ce serait une vraie calamité.

Le 10 juin 1813, M. Chomel obtint le titre de docteur. Il avait pris pour sujet de sa thèse inaugurale le *rhumatisme*, c'est-à-dire une maladie vulgaire, la plus commune de toutes sans contredit, qui, décrite par tous les auteurs des traités généraux et par quelques monographes, semblait peu propre à inspirer un travail de quelque valeur. Il n'en fut rien pourtant; par la manière dont M. Chomel envisagea son sujet, par la netteté de ses descriptions, par le choix et l'arrangement des matériaux comme par sa critique éclairée, il sut donner à son œuvre un cachet vraiment remarquable.

Vingt ans plus tard, riche des faits nombreux que la plus vaste pratique lui avait fournis, il fit, sur l'affection qui avait été l'objet de ses premières études, des leçons qui eurent le plus grand retentissement. Elles furent recueillies et publiées par un de nos anciens collègues, par Requin, dont le souvenir est resté vivace parmi nous.

Hâtons-nous de dire que si, sous le rapport des doctrines, le volume publié par Requin peut être revendiqué par M. Chomel, le rédacteur pourtant a su en quelque sorte s'approprier le travail par les additions nombreuses qu'il y a faites et qu'il a puisées dans son propre fonds, par une érudition choisie, par une critique vive, spirituelle, et par cette forme, par cette originalité que notre si regrettable collègue savait imprimer à ses moindres productions. Cet ouvrage toutefois ne saurait, malgré ses mérites, faire oublier l'œuvre première de M. Chomel, qui, depuis bientôt un demi-siècle, a toujours été honorablement citée.

Peu de thèses, vous le savez, ont pu subir avec succès une pareille épreuve; ce malheur a été de tous les temps. A la fin du siècle dernier, Vicq d'Azyr paraissait déjà s'en plaindre; mais je crains bien que le mal ne se soit aggravé depuis. Combien pourtant il serait aisé de mieux faire! Les hôpitaux, libéralement ouverts partout, vous offrent à profusion des faits de toutes sortes: recueillez-les, car la pathologie ne peut bien être apprise qu'à ce prix; tous vos maîtres vous le diront, le grand Boerhaave nous apprend lui-même qu'il se livrait encore à cet exercice au commencement de sa pratique. Ces observations, auxquelles vous devrez en partie votre instruction, analysées et rapprochées, vous permettront plus tard de composer, pour le dernier acte probatoire de votre scolarité, une thèse qui sera pour vous un honneur et pour la science un profit. Ne visez pas aux choses extraordinaires ou insolites: ici comme toujours M. Chomel vous a prouvé, par son exemple, qu'on peut avec le sujet le plus rebattu produire une

œuvre qui ne sera point éphémère, et qui servira pour l'instruction de tous. Quant à ceux qui, aspirant à l'originalité, s'excusent de mal faire en disant qu'ils n'ont rien trouvé de neuf, je leur répondrai avec un médecin philosophe, avec Zimmermann, un des esprits les plus distingués et les plus pratiques du dernier siècle, qu'une observation confirmée vaut souvent une observation neuve, parce qu'elle nous rapproche davantage de la vérité, et que la médecine a autant gagné par la répétition exacte des observations déjà faites que par les découvertes mêmes (1).

Les succès obtenus pendant votre vie scolaire sont importants, messieurs, car ils vous distinguent honorablement de vos égaux, ils vous donnent de la confiance, et, au début de votre pratique, eux seuls peuvent fixer l'attention et appeler sur vous la faveur. M. Chomel obtint cette récompense. Ce furent en effet ses succès d'étudiant qui, peu après sa réception au doctorat, le firent attacher à l'hôpital de la Charité sous le titre de *chef des internes*. Ce fonctionnaire était plutôt un médecin résidant, suppléant au besoin des médecins titulaires, et finissant tôt ou tard par se créer un service indépendant.

M. Chomel retrouva dans ce grand hôpital un de ses anciens maîtres, pour lequel il a toujours conservé un pieux souvenir et avec qui d'ailleurs il eut plus d'un point de ressemblance; je veux parler de Bayle, auteur de travaux connus de vous tous, praticien hors ligne par son tact, par la rapidité, par la sûreté de son diagnostic, qualités qu'il possédait à l'égal de Corvisart, son maître. D'une instruction prodigieuse en toute chose, d'une austère probité, inflexible dans sa manière de penser et d'agir, mais tolérant pour tous, il fût sans contredit arrivé à toutes les positions, s'il n'eût succombé, à l'âge de quarante-deux ans, à cette maladie cruelle qui avait été l'un des principaux objets de ses recherches.

Sous l'impulsion d'un tel guide, M. Chomel s'enflamma d'une ardeur encore plus vive pour l'étude, travaillant jusqu'à seize et dix huit heures par jour, ainsi que me l'affirmait tout récemment un de ses anciens disciples (2). C'est alors qu'il acquit cette connaissance approfondie des auteurs anciens les plus estimés, qui l'a rendu l'un des médecins les plus érudits que j'aie connus. Non qu'il eût cette vaine érudition que donne une mémoire heureuse, et qui rend tant de personnes riches en choses inutiles; mais doué d'un sens exquis, d'un discernement critique de premier ordre, et préparé d'ailleurs par cette admirable instruction pratique qu'on puise dans nos hôpitaux, il sut discerner le vrai du faux et ne retenir que ce qui était réellement utile.

Aussi vaillamment armé, M. Chomel se lança dans la vie active, dans la vie militante. Il ouvrit d'abord des cours de pathologie interne, qui eurent le plus grand et le plus légitime succès. Il possédait en effet les trois qualités essentielles que notre bon Rollin exige de ceux qui enseignent : la connaissance parfaite de la science, la clarté dans les expressions et l'affection pour ses élèves.

J'ai su, par plusieurs de ceux qui ont suivi et rédigé ses cours, que ses leçons brillaient par un choix intelligent des nombreux matériaux légués par nos devanciers, par une méthode parfaite d'exposition, par une critique judicieuse, par la rigueur des déductions, c'est-à-dire par toutes ces qualités qui sont l'expression même du génie français, qualités, disons-le avec orgueil, qui ont toujours élevé si haut l'enseignement de notre pays. C'est ce témoignage que lui rendait même, dans le siècle dernier, Gaubius, un des plus célèbres disciples de Boerhaave, après avoir parcouru les principales universités de l'Europe.

Combien il est à déplorer que les exigences de la pratique et de l'enseignement public n'aient pas permis à M. Chomel de réaliser le projet qu'il avait eu de composer un traité de pathologie interne ! Les nombreux articles de médecine pratique qu'il a insérés dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine*, son *Traité des dyspepsies*, travaux que vous consultez tous les jours, vous feront partager mes regrets.

Ces écrits se distinguent, en effet, par des descriptions claires, méthodiques, exactes, où les faits et les doctrines sont jugés avec une raison sûre d'elle-même, où les indications thérapeutiques sont posées avec cette réserve, avec cette sa-

(1) *Traité de l'expérience*, t. Ier, p. 246, Paris, 1774.
(2) M. Raige-Delorme, bibliothécaire de la Faculté.

gacité qui décèlent le praticien consommé. En un mot, toujours et partout, on reconnaît ce même esprit si lucide et si droit, qui instinctivement était poussé vers ce qu'il y a de positif en médecine, c'est-à-dire vers les faits bien observés, vers les conséquences rigoureuses qui en découlent, et qui jamais n'a pu être ébloui ou fasciné par ces théories brillantes qui ont égaré un si grand nombre de ses contemporains.

Ce fut à cette époque (1) que M. Chomel publia son volume sur la *Pathologie générale*. Cette science a des limites assez mal définies, et ce n'est pas ici le lieu de rechercher jusqu'où elles peuvent légitimement s'étendre. Vous connaissez tous le vaste et beau programme suivi par l'éminent collègue qui est chargé de cet enseignement. Plusieurs médecins que des liens attachent à cette Faculté ont, dans des ouvrages estimés, marché plus ou moins loin sur ses traces. Mais M. Chomel s'est imposé des bornes plus restreintes.

Définir exactement les termes usités en pathologie, étudier les causes générales des maladies, décrire tout ce qui est commun, établir la valeur des principaux symptômes, rechercher dans l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique, les principes généraux qui doivent diriger pour l'étude et l'exercice de l'art, tel est le plan adopté par M. Chomel.

Son livre a réalisé un progrès véritable. Dès son apparition, il a éclipsé les institutions de Boerhaave, celles si estimées de Gaubius, la pathologie générale de Sprengel, les séméiotiques de Landré-Beauvais et de Double. Quatre éditions successives, des traductions dans toutes les langues de l'Europe, prouvent avec quelle estime l'ouvrage de M. Chomel a été partout accueilli.

Ce long succès n'a pas été dû à ce que l'auteur aurait mis en avant ou défendu l'une de ces nouveautés qui captivent, qu'on accepte par une sorte d'entraînement, mais qu'on abandonne aussitôt que la raison a repris son empire. M. Chomel nous avoue avec sincérité (2) qu'il n'a pas le genre d'esprit, l'espèce de capacité nécessaire pour créer des systèmes; mais, grâce à Dieu, il n'a pas eu non plus, et il s'en glorifie à juste titre, cette facilité de conviction qui conduit à les accepter, à les subir. Dans son ouvrage, il a su rester dans la limite des faits constatés et ramenés presque toujours à leur signification clinique. Des livres ainsi conçus sont moins brillants, mais ils sont plus utiles, et le temps, ce juge impartial, finit tôt ou tard par leur donner cette consécration qui manque aux premiers. M. Chomel, publiant après quarante ans la quatrième édition de sa *Pathologie*, a pu déclarer, non sans un légitime orgueil, que si les progrès de la science l'ont forcé de faire de nombreuses additions, il n'avait eu pourtant à retrancher rien d'essentiel. C'est là le meilleur éloge; c'est à ce résultat qu'on arrive lorsqu'on suit ces méthodes d'observation si généralement pratiquées ici, et qui seront une des gloires de notre époque et de notre pays.

Disons enfin que cet ouvrage, dans toutes ses parties, est si clair, si lucide, si compréhensible pour tous, que chaque lecteur peut aisément se laisser aller à l'illusion qu'il aurait pu le faire. Ne croyez pas que cette apparente simplicité soit un défaut; car c'est à ce caractère même qu'un des plus grands maîtres dans l'art d'écrire, Pascal (3), reconnaissait les meilleurs livres.

Fuyez, messieurs, fuyez ces esprits nébuleux, ces génies obscurs, ces espèces de métaphysiciens de notre science, qui voudraient vous persuader qu'une idée élevée ne saurait être exprimée clairement. Dites-leur que les grands écrivains ont suffisamment prouvé, par leur exemple, que la clarté des expressions peut et doit s'allier à l'élévation de la pensée. Pour ne citer que des modèles qui nous touchent de plus près, voyez Bichat, Cuvier, Laënnec; ils ont enrichi la science de vérités neuves, sublimes, qu'ils ont su exprimer dans ce langage clair, correct, qui saisit et illumine.

A l'époque où M. Chomel publiait la première édition de sa *Pathologie générale*, commençait déjà dans notre science cette agitation qui, continuée pendant vingt années, a profondément remué tous les esprits. Broussais avait depuis un an lancé son manifeste de guerre, l'*Examen des doctrines*. Brisant avec tout le passé, sans merci pour la tradition, il terminait par une secousse violente le

(1) Année 1817.
(2) *Des dyspepsies*, p. 5.
(3) *Pensées*, p. 43, Paris, 1848.

règne de Pinel, jusqu'alors si pacifique, mais depuis quelque temps déjà sur son déclin.

Appeler les médecins à l'étude des lésions locales, à l'interprétation exacte des symptômes, ce n'était point faire de la nouveauté, c'était marcher simplement dans la voie glorieusement ouverte par Morgagni, suivie par presque tous les élèves de Pinel et de Corvisart, que Broussais allait trouver pour adversaires, et à la tête desquels marchait Laënnec. Mais Broussais voulut plus encore, il tenta de systématiser la médecine tout entière. Se fondant en partie sur des conditions organiques non démontrables, il dichotomise à son point de vue la pathologie, comme d'autres réformateurs, depuis Thémison jusqu'à Brown, l'avaient vainement tenté.

Ce n'est point ici le moment de vous rappeler les bases d'un système presque séduisant, mais aujourd'hui à peu près oublié, et qui fut enfanté néanmoins par une des intelligences les plus belles, les plus riches de ce siècle. Impatiente de toute entrave, elle a voulu devancer l'observation au lieu de marcher avec elle, comme si, dans les sciences exactes, ce n'était pas, ainsi que l'a dit Cuvier, la patience d'un bon esprit, quand elle est invincible, qui constitue véritablement le génie [1].

Disons cependant ici, pour la gloire de ceux qui luttèrent et vainquirent, combien fut grande la puissance de celui qui put agiter si longtemps et si violemment le sol médical.

Caractère énergique, ami de la controverse, généralisateur hardi, dialecticien pressant, critique passionné et redoutable, écrivain pittoresque et entraînant, plein d'esprit et de verve, maniant bien l'ironie, mais descendant souvent jusqu'au sarcasme, jusqu'à l'injure, réchauffant même au besoin l'enthousiasme en y mêlant parfois la passion politique, ayant dans sa chaire quelque chose du tribun, Broussais fascina, fanatisa plutôt encore qu'il ne convainquit la jeune génération médicale.

M. Chomel, qui, de sa nature, était fort peu enthousiaste, ne partagea pas cet entraînement. Son expérience, quoique jeune encore, mais mûrie déjà par la pratique des hôpitaux, et surtout son sens droit, ne pouvaient lui faire accepter un système trop simple pour être vrai, qui méconnaissait le spécificité, les maladies générales, et qui rayait arbitrairement du cadre nosologique les fièvres, pour en faire une des expressions de la gastro-entérite.

M. Chomel ne fit pas une opposition silencieuse, mais active, et dans un journal qu'il rédigeait en compagnie d'hommes qui depuis sont arrivés au premier rang, et dont deux siégent encore dans cette enceinte [2], il fit une critique de l'ouvrage de Broussais, avec cette logique, cette raison, ce sens pratique qui de tout temps ont été un des caractères dominants de son esprit. Bientôt il publia son *Traité des fièvres* [3].

Cet ouvrage, entrepris à une époque de transition, a rapidement vieilli; mais lorsqu'il parut il réalisa un progrès véritable. L'auteur reconnaissait, en effet, la fréquence très-grande des ulcérations intestinales dans certaines formes de fièvres continues ; il réduisait le nombre des pyrexies, si arbitrairement admis par Pinel, et rétablissait comme espèces distinctes les fièvres intermittentes et rémittentes.

La lutte se fût peut-être prolongée longtemps encore, sans l'intervention d'un auxiliaire jusqu'alors inconnu. Un médecin, docteur de cette Faculté, avait, en 1814, quitté notre pays pour aller exercer la médecine à l'étranger. Revenu en France après sept années, il trouve dans la science cette agitation dont je vous parlais tantôt. Il lit les livres, il suit les cours du réformateur dont tous les échos lui répétaient le nom, mais il ne peut être convaincu. Pour dissiper ses doutes, il résolut de se livrer à l'observation, et, pour obtenir plus sûrement le but qu'il se proposait d'atteindre, il voulut s'y consacrer sans partage. A l'âge de trente-trois ans, c'est-à-dire à l'âge de la vigueur et de l'ambition, il s'enferme pendant sept années consécutives dans les salles de la Charité, dirigées par M. Cho-

---

[1] *Eloge de Haüy.*

[2] *Nouveau Journal de médecine*, t. XIII, rédigé par MM. Béclard, Chomel, J. et Hip. Cloquet, Orfila, Rostan, et un moment par Magendie.

[3] Année 1821.

mel, et il y recueille lui-même avec un soin, avec une sévérité jusqu'alors presque inconnus, près de cinq mille histoires particulières de maladies diverses. Ce médecin, vous l'avez tous nommé, messieurs : c'était M. Louis; car nul dans ce siècle n'a donné un pareil exemple de probité, d'abnégation et d'amour pour la science.

Ces observations, méthodiquement analysées, furent la base de divers mémoires anatomo-pathologiques et de deux livres qui ne périront point, les traités sur *la Phthisie* et sur *la Fièvre typhoïde*.

Ces travaux opérèrent une véritable révolution et mirent à nu l'inanité du système. Le hardi réformateur, vaincu pour toujours, déserta bientôt le champ de bataille; mais, poussé encore par cette humeur belliqueuse qui résistera à toutes les défaites, il courut dans une autre arène se mesurer avec de redoutables rivaux sur ce terrain glissant de la métaphysique, où il est plus difficile de juger des coups, et qui est bien autrement favorable aux aventures de la pensée que ne le sont les sciences pathologiques.

En consommant la ruine des doctrines de Broussais, les recherches de M. Louis eurent un mérite plus grand encore : elles inaugurèrent un procédé nouveau pour s'élever avec sûreté des faits particuliers aux faits généraux ; elles firent connaître cette méthode puissante, dite *analytique et numérique*, dont M. Louis est le généreux créateur, et dont son livre sur la fièvre typhoïde est la plus belle application.

Je l'ai dit déjà, messieurs, c'est dans les salles mêmes de M. Chomel que tous ces faits étaient recueillis, que ces résultats, qui contrariaient quelques-unes de ses opinions, étaient obtenus. Mais, tant est grande la puissance de la vérité sur les âmes honnêtes, d'une part M. Louis n'hésita pas un seul instant à publier des observations opposées aux idées d'un ami qui lui facilitait les moyens de se livrer à l'étude, et à côté de cette indépendance de caractère nous voyons un esprit ferme, cédant d'habitude très-difficilement, accepter aussitôt des faits contraires à ces convictions premières auxquelles le plus souvent nous tenons opiniâtrément, et qui avaient été trouvés à côté de lui, sur son propre terrain, et sans qu'il y eût eu une part directe.

Si M. Louis seul a opéré la fusion des fièvres continues graves de notre climat, ce fut M. Chomel qui, par des leçons demeurées célèbres (1), vulgarisa et fit accepter cette grande idée, l'une des plus fécondes du siècle, qui établit mieux encore qu'on ne l'avait fait le rôle et la valeur des lésions intestinales, le caractère général de la maladie qui en fait une pyrexie et non une phegmasie vulgaire, doctrine que les beaux travaux d'hématologie de MM. les professeurs Andral et Gavarret ont appuyée d'une démonstration nouvelle.

M. Chomel avait l'esprit trop droit; l'amour, la passion de la vérité étaient trop dans son âme, pour ne pas accepter comme un bienfait l'application franche de la méthode numérique aux études pathologiques: il l'a défendue à l'Académie de médecine en 1837, et les pages qu'il lui a consacrées dans sa *Pathologie générale* resteront toujours comme des modèles de discussion.

Comment oser encore contester la supériorité d'une méthode qui ordonne avant tout de recueillir avec soin des faits nombreux, de les analyser et de les comparer entre eux. C'est soutenir, par exemple, que de deux médecins également instruits, voulant faire part de l'expérience acquise dans le même temps, dans les mêmes lieux, sur le même champ d'observation, celui qui conclurait d'après ses souvenirs seuls devrait mériter plus de confiance que celui qui, après avoir recueilli tous les faits, les aurait analysés, groupés par catégories, et comptés avec la rigueur qu'exige la méthode numérique. Quelle singulière logique que celle qui autorise une addition appproximative, c'est-à-dire presque nécessairement inexacte, et blâme au contraire une addition rigoureuse !

Ne soyez pas trop surpris, messieurs, de cette aberration, quelque étrange qu'elle soit. L'histoire des sciences vous apprendra que de tout temps il a existé des personnes qui étaient mal à l'aise avec les faits. Il est si long, si pénible, si ennuyeux parfois, de les recueillir avec exactitude, que pour beaucoup, il est plus aisé, plus commode d'inventer, de supposer, et, comme l'a dit Voltaire, ces esprits aiment mieux rêver doucement que se fatiguer (2). Enfin,

(1) Leçons rédigées par le docteur Genest; Paris, 1834.
(2) *Dictionnaire philosophique*, article *Métaphysique*.

sans devenir trop misanthropes, je crains bien que vous ne confirmiez plus tard par votre expérience ce qu'a dit un des meilleurs moralistes du dix-septième siècle, que *la plupart des hommes ne raisonnent guère, mais embrassent leurs opinions par la pente de leur cœur et par cette vue confuse qui n'est autre chose que la fantaisie* (1).

Oui, messieurs, la fantaisie ! qui, dans les beaux-arts du moins, comme en littérature, est encore dirigée ou contenue par les règles du bon goût ; mais qui, dans les sciences, en médecine surtout, est nécessairement un mélange de vérités et d'erreurs, souvent le chaos ; la fantaisie, ce sont les systèmes qui tous, sans exception, ont déshonoré la médecine et l'ont fait rétrograder. La méthode numérique met un frein à ce désordre, à cette anarchie. Elle ne substitue pas, comme on l'a dit faussement, le calcul, l'arithmétique, au raisonnement ; mais, ainsi que M. Chomel le remarque lui-même, les résultats numériques fournis par le rapprochement d'un grand nombre de faits exacts donnent au raisonnement une base plus positive, une direction plus sûre. Ce sont eux aussi qui inspirent les meilleures indications thérapeutiques, s'il est vrai (et cela est incontestable) que celles-ci doivent être nécessairement dictées par l'expérience et non par les idées théoriques. Si jamais vous puisiez à cette dernière source (source impure), vous feriez alors de la *fantaisie* en thérapeutique ; mais sachez bien, messieurs, qu'en vous y livrant, vous compromettrez à la fois l'art médical et votre propre renommée.

Les titres de M. Chomel comme écrivain, ses succès dans l'enseignement particulier, avaient entouré son nom d'une célébrité précoce, mais bien méritée ; aussi, lorsqu'en 1823 on institua notre agrégation, M. Chomel fut désigné tout aussitôt pour occuper une des vingt-quatre places d'agrégés qui étaient créées près notre Faculté. Il était digne déjà de s'asseoir parmi les maîtres. Ce fut quatre ans plus tard qu'il fut appelé par le vœu de cette Ecole à succéder à Laënnec dans la chaire de clinique médicale (2).

C'était, messieurs, recueillir une succession des plus périlleuses, car Laënnec était sans contredit la personnification médicale la plus grande du dix-neuvième siècle. Avec Corvisart, Bayle et Dupuytren, il avait en quelque sorte créé l'anatomie pathologique en France ; il avait, par la plus admirable, la plus imprévue comme la plus simple des découvertes, doté le médecin d'un sens nouveau, éclairé d'une vive lumière les affections de plusieurs appareils, et en quelques années, sous l'étreinte d'une maladie mortelle, il avait élevé à notre science le plus beau monument de l'observation contemporaine, son *Traité d'auscultation médiate*.

En occupant la chaire illustrée par Laënnec, M. Chomel ne pouvait briller par ce prestige que donnait à son prédécesseur une découverte dont on venait apprendre chez lui tous les secrets. Mais, comme tous les inventeurs, absorbé par le sujet habituel et favori de ses méditations, Laënnec se renfermait un peu trop exclusivement dans l'étude des maladies de poitrine. M. Chomel, initié à tous les détails de la découverte, voulut parcourir tout le champ de la clinique, c'est-à-dire la médecine entière, et pour diriger ses élèves, il apportait une instruction théorique des plus complètes, une habileté clinique de premier ordre, et une ardeur à remplir ses devoirs que rien n'a pu refroidir.

Ce fut d'abord à la Charité que M. Chomel professa la clinique ; mais, en 1830, il vint remplacer à l'Hôtel-Dieu M. Récamier. En entrant dans ce grand hôpital, M. Chomel s'exposait à un nouveau péril. L'enseignement clinique y était représenté par Dupuytren seul, qui dominait tout et absorbait entièrement la faveur publique. M. Récamier, relégué dans un sombre et petit amphithéâtre situé presque sous les combles, n'attirait qu'un bien petit nombre d'élèves. Quel contraste d'ailleurs il faisait avec son redoutable voisin, comme avec celui qui allait lui succéder !

M. Récamier, médecin bienfaisant, honnête et désintéressé, a enrichi l'art de guérir de méthodes et de perfectionnements qui recommanderont son nom à la postérité ; mais quelle étrange nature ! Imagination vive, trop souvent désordonnée, près d'un malade, il avait plutôt l'air d'un inspiré que d'un médecin qui réfléchit, se recueille et raisonne. Employant un langage imagé, coloré, mais souvent obscur et même inintelligible pour ses plus fervents adeptes, il

(1) Nicole, *Pensées*.
(2) 17 janvier 1827.

avait eu thérapeutique la crédulité et l'inconstance d'un enfant. Que de substances inertes, immondes, ridicules, n'a-t-il pas prônées ! Toujours il avait une méthode, un remède souverain qu'il vantait avec un enthousiasme, une conviction qu'on eût été tenté de partager, s'il n'avait été le premier à les abandonner. Son caractère était des plus entreprenants, et comme si la thérapeutique médicale ne laissait pas un champ assez vaste à son besoin d'agir sans cesse, il allait jusque sur le domaine chirurgical, pratiquant des opérations d'une hardiesse capable d'intimider même les téméraires.

A côté de lui, quel contraste ou plutôt quelle critique vivante! Dupuytren, d'une activité que rien ne pouvait lasser, d'un jugement exquis, d'un coup d'œil prompt et sûr; aussi admirable par la précision de son diagnostic que par sa facilité à trouver des ressources nouvelles et par la sûreté avec laquelle il en faisait l'application ; sachant tout combiner, tout prévoir, et, même dans ces surprises inévitables dans la vie chirurgicale, conservant ce sang-froid, cette confiance qui lui faisaient tout combattre, tout réparer. Professeur sans rival par sa lucidité, par sa parole élevée, et jusque par ce port majestueux, par cette mâle figure d'une beauté antique : tout en lui révélait l'homme supérieur, tout en lui inspirait le respect et l'admiration.

Pardon, messieurs, pour ce souvenir vers un passé déjà lointain; mais en pénétrant avec vous dans notre Hôtel-Dieu, je me suis souvenu, non sans émotion, de celui qui fut mon premier maître, qui m'honora de quelque bienveillance, auprès duquel j'ai vécu deux années, à une époque où nul n'eût osé contester sa gloire, car elle brillait comme le soleil. C'est donc pour moi un bonheur comme un devoir de vous dire que cet homme, qu'on essayerait vainement d'amoindrir, fut grand par ses actes, grand par l'impulsion féconde qu'il a imprimée aux études chirurgicales, et dont vous recueillez aujourd'hui les fruits. Enfin, dans cette enceinte, que son nom ne soit prononcé qu'avec un sentiment de respect mêlé de gratitude ; car il a honoré notre Faculté, il a donné à son enseignement clinique un lustre incomparable, et en mourant il a consacré une partie de sa fortune, honorablement acquise par le travail, pour créer une chaire et un musée qui, je l'espère, sera un jour sans rival en Europe.

M. Chomel était non moins bien doué pour comprendre ce que doit être l'enseignement de la clinique médicale, et pour en remplir tous les devoirs.

Observateur calme, fidèle, non prévenu, sans préjugés ni sans passion, capable d'une attention soutenue, il savait appliquer des sens parfaitement exercés à l'examen des phénomènes morbides, et recevoir fidèlement les sensations qu'ils lui donnaient. Saisissant tout dans un objet, sachant l'examiner sous toutes ses faces, maniant aussi bien la synthèse que l'analyse, d'une sagacité merveilleuse, il était aussi remarquable par la promptitude que par la sûreté de ses jugements. Aussi nul n'a plus brillé que lui par la précision du diagnostic, par la réserve et par la perspicacité de ses pronostics, comme par son habileté à saisir les indications.

Sa thérapeutique se recommandait par la prudence, par la sagesse. Il était également éloigné de ceux qui, trop confiants dans la nature, restent dans une inactivité coupable, et de ceux qui, poussés par le démon d'agir, prodiguent les remèdes. Adoptant en aveugles tout ce qui est nouveau ou étrange, élevant les doses sans mesure, ils inspirent aux autres leur propre témérité, ou bien ils font des médecins désabusés dès les premiers revers. Le découragement est facile lorsqu'on ignore quelle est la puissance et quelles sont les limites de l'art ; trop souvent alors on se croit désarmé, parce qu'on a vécu d'illusions, et qu'on ignore les ressources dont un médecin instruit sait toujours disposer à propos.

M. Chomel se montrait réservé dans les expérimentations ; car s'il ne méconnaissait point les droits de la science et du progrès, il mettait pourtant en première ligne ceux de l'humanité, et il prenait toujours pour base de sa pratique ce précepte, qui domine toute la vie morale de l'homme : *ne pas faire à autrui ce que nous ne voudrions pas qu'on nous fît.*

Il connaissait d'ailleurs mieux qu'un autre toutes les difficultés de l'expérimentation en thérapeutique. Dans quelques pages qui resteront comme des modèles, il a su tracer les règles qu'il faut suivre de toute nécessité, si on veut apprécier sainement l'action des remèdes. Ces préceptes ont été bien souvent méconnus de ceux-là mêmes qui expérimentent sans cesse ; ignorance fatale, qui a mis

et qui met encore la thérapeutique dans un état d'infériorité, et a engendré chez les uns un scepticisme honteux, chez les autres une crédulité puérile ! M. Chomel a rigoureusement appliqué ces règles d'une bonne expérimentation à tous les médicaments dont il a étudié les effets; je citerai seulement le sulfate de quinine, dont il a, avec Double, démontré le premier les vertus antipériodiques, donnant ainsi la sanction chimique à l'immortelle découverte de MM. Pelletier et Caventou.

C'est cette sévérité bien connue de M. Chomel, ainsi que son incorruptible honnêteté, qui toujours ont fait accepter de ses contemporains, comme des arrêts, les jugements qu'il a portés sur toutes ces méthodes qui avaient étonné par leur hardiesse ou leur témérité.

La thérapeutique n'est pas tout entière dans les médicaments; il y a en effet une thérapeutique morale. L'homme de cœur la comprend, il la pratique d'inspiration. M. Chomel y a excellé; car son esprit cultivé, sa raison ferme, son cœur aimant, lui permettaient toujours de réveiller à propos ce sentiment qui sommeille parfois en nous, mais qui ne s'éteint jamais, l'espérance si douce aux malheureux, et que le médecin peut, mieux que tout autre, faire luire à tous ceux qui souffrent, quand il a le double prestige que donnent la science et un beau caractère.

M. Chomel ne prêchait pas seulement par l'exemple; mais, mentor toujours bienveillant, il habituait avec un soin particulier ses élèves à ces explorations, à ces interrogatoires qui, bien dirigés, conduisent au diagnostic, et dont il faut prendre l'habitude dès aujourd'hui, si vous ne voulez pas plus tard acquérir cette expérience au détriment de ceux qui se confieront à vous.

Ce qui distinguait encore l'enseignement de M. Chomel, c'est que l'âme honnête du professeur s'y révélait tout entière. Rien n'était caché pour ses élèves. Plus soucieux d'être utile que de briller, il tenait bien moins à en imposer par un de ces tours de force dus le plus souvent à un hasard heureux que de montrer par quelle série d'opérations un esprit attentif et judicieux peut s'élever à une juste interprétation des phénomènes morbides, mettant ainsi tout le monde dans le secret de ce qui faisait sa supériorité, c'est-à-dire dans l'art de découvrir les choses. Enfin, exprimant franchement ses doutes, et ne dissimulant rien, pas même ses fautes; sans prédilection pour une classe de malades, il parcourait le cadre entier de la pathologie, et tenait surtout à familiariser ses auditeurs avec les affections les plus vulgaires.

Dans ses leçons à l'amphithéâtre, il brillait par l'habile disposition des matériaux, par une exposition simple, lumineuse, par une logique entraînante, sachant mettre ses idées à la portée de tous les esprits, analysant, discutant la maladie, sans perdre de vue le malade. Toujours maître de lui-même et ne fuyant pas les difficultés, on ne le voyait jamais s'égarer dans ces développements de pathologie pure vers lesquels on incline, parce que nous penchons vers ce qui est le plus facile, et qui trop souvent ont fait dévier l'enseignement de la clinique.

Ces qualités si diverses, et que le temps, loin d'affaiblir, n'avait fait que perfectionner, vous explique la juste popularité dont le professorat de M. Chomel a joui pendant vingt-cinq ans. Ce n'est certes pas une gloire vulgaire que d'avoir pu, en venant à l'Hôtel-Dieu, partager avec Dupuytren la faveur publique, et élever à côté de lui un enseignement qui eut le même éclat.

Cette réputation de clinicien consommé que M. Chomel avait conquise, aussi bien que ses qualités morales, en avaient fait en quelque sorte le modèle, le type du médecin consultant.

Dans ces circonstances où le médecin exerce en quelque sorte le rôle d'arbitre, dans ces conditions parfois si délicates où il faut rectifier des jugements portés sur la nature ou l'issue d'une maladie, donner à la thérapeutique une direction parfois tout opposée, ranimer la confiance défaillante du malade et de sa famille, combattre des préjugés, raffermir la position du médecin ordinaire, compromise ou seulement ébranlée, combien il faut d'adresse, de perspicacité pour naviguer sûrement à travers tous ces écueils, pour sauvegarder à la fois tous les intérêts, pour ne blesser aucun amour-propre, pour ne faire naître aucune susceptibilité ! M. Chomel est toujours resté à la hauteur de cette tâche difficile, et dans le cas où son art était impuissant pour guérir, il savait du moins donner cette confiance qui est un des grands bienfaits de la médecine.

Mais, sachez-le bien, messieurs, pour savoir l'inspirer, il ne suffit pas d'être un médecin instruit, savant même, il faut surtout jouir de cette estime qui ne s'acquiert que par une conduite irréprochable. Ce n'est certes pas sans raison que les anciens, dans leur définition du médecin, comme de l'orateur, plaçaient la probité avant le talent.

M. Chomel a dû à cette digne alliance les amitiés les plus illustres, la grande considération dont il a joui, la faveur qu'il eut auprès des pouvoirs publics, la confiance qu'il sut inspirer aussi bien chez le pauvre que dans le palais des souverains. Lorsqu'en juillet 1842 la famille royale fut frappée par une de ces catastrophes qui, en France, excitent toujours la sympathie de tous les partis, ce fut à M. Chomel qu'un roi, qu'un père au désespoir s'adressa pour porter à sa belle fille la nouvelle du malheur qui les frappait; noble témoignage rendu au cœur compatissant, à l'esprit éclairé, à la raison à la fois élevée et ferme de M. Chomel.

En remplissant aussi complétement tous les devoirs que la profession médicale nous impose, M. Chomel avait su commander à tous le respect que mérite l'importance de notre ministère. Il voulait que la médecine fût grande, qu'elle fût honorée; mais il était de ceux qui croyaient qu'on ne devait pas demander la considération à des lois protectrices, car elles sont incapables de la donner; le respect professionnel ne peut s'imposer que par l'honorabilité de la conduite et par la supériorité intellectuelle.

Aussi, comme tous les amis de la médecine, M. Chomel ressentit un vif chagrin lorsque, en 1852, la profession médicale ne fut plus jugée digne de ces études littéraires qui, de tout temps, avaient ouvert l'entrée des carrières libérales, études qui, si elles sont nécessaires à toutes, sont pour le médecin plus indispensables encore.

La Faculté de médecine, gardienne vigilante des grandes traditions, n'avait cessé de se plaindre, et, par un vote unanime, elle avait, comme sa sœur de Montpellier, protesté contre une mesure regrettable, qui aurait infailliblement amené une prochaine décadence. Car il est avéré de tous qu'avant d'aborder les problèmes si ardus de notre science, il faut s'occuper de ces matières délicates de la morale et du goût, qui donnent au cœur les nobles impulsions, assouplissent l'esprit, développent en lui cette finesse de tact, cette idée du beau qui conduit souvent aux découvertes, et, dans l'exercice de l'art, contribue à nous donner cet ascendant moral qui ne peut être sûrement exercé qu'autant que le médecin se trouve, par son instruction littéraire, l'égal de tous. Éloquemment défendus par l'un de nos collègues au sein du Conseil impérial (1), comme ils l'avaient été déjà au Conseil académique par le chef de notre compagnie, nos vœux ont enfin été exaucés. Grâces en soient rendues à M. le ministre de l'instruction publique, qui, en nous restituant des études qui font une partie de notre force, a su en outre, par de nobles paroles, honorer notre science, notre profession et ceux qui l'exercent. En lui exprimant ici nos sentiments de respect et de gratitude, je crois être l'interprète fidèle du corps médical tout entier, dignement représenté par cette grande assemblée où je voir réunis le présent et l'avenir glorieux de notre belle science.

Pendant longtemps M. Chomel fut aussi heureux qu'il méritait de l'être. Estimé de tous, comblé de dignités (2), possédant une fortune honorablement acquise et bien employée, uni à une femme admirable de dévouement et fidèle à toutes les vertus, entouré d'une belle et nombreuse famille, il avait mis le comble à tous ses vœux en unissant ses filles à des hommes dignes d'elles et dignes de lui par leur intelligence comme par la droiture de leur cœur. Un souffle a détruit tout ce bonheur: en trois années, deux de ses filles sont moissonnées à la fleur de l'âge; lui-même, frappé bientôt par l'affection qui nous l'a ravi, lutte pendant dix-huit mois au milieu des souffrances les plus cruelles. Connaissant tout le danger lorsque ses amis pouvaient encore se faire

(1) M. le professeur Denonvilliers.

(2) M. Chomel a été conseiller ordinaire de l'Université, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, médecin consultant du roi Louis-Philippe, médecin ordinaire de Mme la duchesse d'Orléans, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de Léopold.

illusion, il oppose jusqu'au dernier jour la patience, la résignation d'une âme forte et élevée [1], il continue de prodiguer ses soins aux autres, tant que ses forces le lui permettent; puis, lorsque, vaincu par la souffrance, tout mouvement lui est interdit, il prend la plume et compose ce traité *des Dyspepsies* qui fut son œuvre dernière, prouvant ainsi qu'on peut appliquer au médecin ce que Plutarque dit de l'homme d'État : *La fin de la vie ne doit point être oisive, et dans cet instant suprême il y a encore place pour la vertu et pour l'action* [2].

Tel a été M. Chomel ; son nom vivra dans la science. Il n'y sera point entouré de cette auréole lumineuse qui est le privilége exclusif du génie et le prix des grandes découvertes. Mais, à côté de ces êtres exceptionnels dont la nature se montre avare, il y a encore une place à part pour ces hommes d'élite qui ont su comprendre leur époque, qui la représentent et la résument en quelque sorte. Ce sont eux, en effet, qui, par leur science acquise, par la rectitude de leur esprit et leur probité, sont acceptés tacitement comme des arbitres souverains, qui jugent, marquent, consacrent les progrès, perfectionnent les découvertes, les popularisent, et par la sage direction qu'ils impriment aux esprits, inspirent les travaux, les dirigent vers les voies nouvelles. Enfin, dans les moments de luttes et de bouleversements scientifiques, lorsque des générations entières, ne sachant plus penser ni même douter, se laissent entraîner par le mirage trompeur des théories et des systèmes, ce sont ces mêmes hommes vraiment providentiels qui savent résister au courant, et ramènent leur contemporains à la mesure du vrai par leur modération et leur sagesse.

M. Chomel sera compté parmi ces juges, parmi ces législateurs respectés. Vous l'avez vu, messieurs, il possédait au plus haut degré cet esprit critique qui sera l'un des caractères les plus remarquables du dix-neuvième siècle; il avait, pour le contenir et le diriger, cette rectitude de jugement, cet esprit pratique qui comprend vite et bien, qui saisit les difficultés et les tranche, cette incorruptible honnêteté qui fait accepter les vérités, quelle qu'en soit l'origine, cette candeur qui fait répudier les erreurs, même quand on les a défendues, cette lucidité dans l'exposition qui met aussitôt les autres dans le secret de nos propres pensées.

Ces dons, qui ne sont départis qu'aux intelligences supérieures, vous expliquent l'influence que M. Chomel a exercée sur ses contemporains. Cette influence a été grande, elle a été durable, comme tout ce qui est fondé sur l'estime; elle a accompagné M. Chomel pendant toute sa vie professorale, elle se continuera longtemps encore par la tradition comme par les monuments écrits qu'il nous a laissés.

La Faculté a décerné les prix dans l'ordre suivant : *Grand prix* (médaille d'or), M. Regnault (Gustave). — *1er prix* (médaille d'argent), M. Blondet (Edme-Pierre).—*1er second prix*, M. Wiéland (Alexandre Taylor). — *2e second prix*, M. Lancereaux (Étienne). — *Prix Montyon*, M. le docteur Moynier. — *Mentions honorables* : MM. Maximin Legrand et Péan. — *Prix Corvisart* : aucun mémoire n'ayant été envoyé pour le prix Corvisart, la question est remise au concours pour l'année 1859.

La Faculté de médecine vient de présenter à M. le ministre de l'instruction publique la liste des candidats pour les chaires de pathologie et d'anatomie, vacantes dans son sein. Ce sont : pour *la chaire de pathologie*, en première ligne, M. Gosselin ; en deuxième ligne, M. Richet; pour celle d'*anatomie*, en première ligne, M. Jarjavay; en deuxième ligne, M. Sappey. Jusqu'ici tous les chefs des travaux anatomiques sont devenus professeurs à la Faculté : ainsi, MM. Duméril, Dupuytren, Béclard, Breschet, Blandin, Denonvilliers. La nomination des candidats proposés par la Faculté continuera la tradition, car M. Gosselin est le dernier chef des travaux anatomiques, et M. Jarjavay le chef actuellement en exercice.

---

(1) M. Chomel a succombé le 9 avril 1858, à son château de Morsan (Seine-et-Oise).

(2) *Vie de Lycurgue.*

Le concours, pour les trois places de chirurgiens du bureau central, s'est terminé par la nomination de MM. Béraud, Jamain et Dolbeau.

Le corps médical vient de faire deux pertes regrettables : M. Soubeiran, professeur de pharmacologie à la Faculté, et M. Gensoul, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ont succombé tous deux à une longue et cruelle maladie. Leurs titres scientifiques sont connus de tous ; mais les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* n'oublieront jamais le précieux concours que nous avons toujours trouvé dans le savant pharmacologiste, toutes les fois qu'il s'est agi de trancher un point litigieux ressortissant à ses études spéciales.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la France, malgré le mauvais vouloir d'un certain nombre des organes de la presse médicale, n'en poursuit pas moins sa marche progressive. Le chiffre des adhésions qui arrivent chaque jour prouve que l'œuvre ne périra pas et portera ses fruits. Parmi les témoignages publics donnés à la nouvelle institution, il en est un que nous voudrions pouvoir citer en entier : c'est l'allocution adressée à la Société médicale de Limoges par son honorable président, M. Bardinet ; mais nous devons nous borner, et nous ne reproduirons que les quelques lignes suivantes :

« Acceptons donc ce qu'on nous propose, et acceptons-le avec reconnaissance, car c'est encore le moyen le plus puissant qui nous ait été offert d'améliorer notre position professionnelle.

« L'Association ne dût-elle avoir pour résultat que de venir en aide à quelques confrères malheureux, à leurs veuves, à leurs enfants..... que nous devrions lui donner avec empressement notre modeste et sympathique offrande.

« Mais il est impossible que là se bornent ses bienfaits !

« Une Association qui se présente avec un caractère de généralité, et une puissance d'expansion jusqu'ici sans exemple, puisqu'elle peut attirer dans son sein tous les médecins de la France ;

« Une Association qui est née du vœu général ; — que patronne le gouvernement, et que dirigent les hommes les plus éminents et les plus dévoués de notre profession ;

« Cette Association ne peut se borner à distribuer dans l'ombre quelques modiques secours !

« L'article 1er des statuts dit qu'elle doit être aussi pour le corps médical une Société de *protection*. Ce mot est gros d'avenir. Prenons-le dans son acception la plus large, et attendons avec confiance les améliorations progressives dont il est le germe et la promesse. »

Ceux de nos confrères qui n'ont pas reçu de bulletin imprimé doivent savoir qu'ils peuvent envoyer leur adhésion sous forme de lettre adressée *franco* au secrétaire général de l'Association, 11, rue de Londres.

En voici la formule.

ACTE D'ADHÉSION.

Je soussigné (1) docteur en médecine, demeurant à (2) arrondissement déclare adhérer aux statuts de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

Je m'oblige à remplir les conditions fixées par les statuts.

Signature.

(1) Ecrire très-lisiblement le nom et les prénoms.
(2) Indiquer avec soin la résidence.

Affranchir et jeter à la poste.

Le gouvernement russe vient de nouveau d'interdire l'importation de diverses substances médicinales exploitées par le charlatanisme. Dans le nombre, se trouvent les pilules de Morisson et le fameux *Ravalenta arabica*. Décidément, dit la *Presse médicale belge*, qui nous signale ce fait, c'est du Nord que nous vient la lumière.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'angine herpétique et de son traitement.

Par le docteur CH.-E. FÉRON, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au moment où l'attention semble se diriger d'une manière toute spéciale sur le croup et sur son traitement, il me semble que le moment est bien choisi pour jeter un coup d'œil sur les affections qui peuvent être confondues avec cette cruelle maladie. Or, parmi ces affections, il en est une d'une bénignité remarquable, susceptible de céder aux traitements les plus simples, et susceptible, par conséquent, de faire la fortune de toutes les médications. Cette maladie, c'est l'angine herpétique.

Mon intention n'est pas de faire l'histoire complète de cette dernière affection ; c'est une tâche que j'ai tentée dans ma dissertation inaugurale (¹) ; je me propose seulement de passer en revue quelques-uns des points les plus pratiques qui affèrent à cette maladie.

Bien que la dénomination d'*angine herpétique* ou d'*herpès guttural* soit toute nouvelle, il n'est pas permis de douter que cette affection n'ait été connue et décrite depuis longtemps. Huxham et Willan surtout nous en ont donné une description excellente, et M. Bretonneau, sous le nom d'*angine couenneuse commune,* l'avait parfaitement séparée de l'angine couennense diphthéritique ; toutefois, cette description avait passé à peu près inaperçue, et M. Gubler était autorisé jusqu'à un certain point à penser qu'il l'avait découverte, lorsque, en 1857, il appelait l'attention sur la forme ulcéreuse de cette angine. On va voir néanmoins que l'histoire de l'angine herpétique était loin d'être complète.

L'angine herpétique est une forme d'angine caractérisée anatomiquement par l'éruption sur les parois du pharynx d'un plus ou moins grand nombre de vésicules d'herpès, pouvant donner chacune naissance à une ulcération ou bien à une exsudation plastique pseudo-membraneuse. Il suit de là que l'angine herpétique se présente sous deux formes, l'une vésiculo-ulcéreuse, l'autre pseudo-membraneuse.

L'angine herpétique survient parfois dans le cours d'une autre maladie, mais plus souvent au milieu d'une bonne santé, et sous l'influence d'une cause déterminante plus ou moins appréciable. Le sujet est pris alors tout à coup d'une fièvre intense, qui s'accom-

(¹) *De l'angine herpétique*; Thèses de Paris, 1848.

pagne d'un malaise général très-prononcé, de courbature, de céphalalgie souvent très-vive, d'abattement ; d'autres fois ces symptômes nerveux sont moins prononcés, et font place à des troubles digestifs très-accusés : la langue est blanche, saburrale; il y a inappétence, nausées, embarras du ventre, constipation.

Bientôt il survient de la disphagie, une sensation d'âcreté et de chaleur cuisante de la gorge. A l'examen, on trouve de la rougeur et du gonflement des amygdales, ou de la luette, ou de toutes les parties constituantes du pharynx.

Au bout d'un temps variable de quelques heures à deux ou trois jours, on voit apparaître une éruption plus ou moins confluente, et qui se fait d'une manière successive, de vésicules herpétiques, éruption qui ne suffit presque jamais à expliquer l'intensité des phénomènes généraux qui l'ont précédée.

A ces vésicules succèdent bientôt des ulcérations superficielles, caractéristiques, ou bien des fausses membranes d'un blanc grisâtre, peu adhérentes.

Le gonflement des amygdales et de la luette peut provoquer un peu de dyspnée et quelques nausées; il y a toujours une douleur vive, de la déglutition, très-souvent du ptyalisme ; parfois les ganglions sous-maxillaires sont douloureux, rarement ils sont gonflés.

Puis, après une durée moyenne de huit à dix jours, durée proportionnée à celle de l'éruption, tout ce cortége d'accidents se dissipe, les fausses membranes sont expulsées, les ulcérations se cicatrisent, la douleur de la déglutition disparaît, et bientôt la guérison est complète.

Entrons maintenant avec quelques détails dans l'histoire de cette affection.

L'angine herpétique peut survenir dans des conditions très-diverses et que l'on peut ranger sous deux chefs principaux. Elle succède, en effet, très-souvent à des influences extérieures plus ou moins appréciables, ou bien elle survient à titre de complication dans le cours d'un certain nombre de maladies.

De toutes les influences extérieures, la plus importante est l'abaissement de la température; c'est en Angleterre, et en général dans les pays froids, que l'on observe le plus communément cette affection. C'est de même aux saisons où l'on est le plus exposé à un refroidissement, en automne, au printemps, que les auteurs anglais ont vu survenir l'angine herpétique. Ils mentionnent spécialement l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur. Ils ont constaté qu'elle peut survenir à tous les âges, et que ce sont les femmes, les

enfants, les individus faibles qui y sont le plus exposés, par suite sans doute de leur moindre résistance à l'influence du froid. A cette cause, il faut ajouter une grande fatigue physique et morale, des émotions vives, un état de frayeur prolongée pendant un certain temps, comme dans le cours d'une épidémie, l'action des émanations fétides ou miasmatiques.

Quant aux conditions morbides dans lesquelles se montre l'angine herpétique, on peut dire qu'elle survient sous l'influence de certaines constitutions médicales, dans le cours de presque toutes les maladies aiguës, et surtout des maladies des voies aériennes, de la pneumonie, du catarrhe pulmonaire, par exemple. Diverses variétés d'angine, y compris l'angine glanduleuse, peuvent fort bien se compliquer d'une éruption herpétique. L'angine diphthéritique elle-même peut suivre ou accompagner l'éruption herpétique ; il en est de même de l'angine syphilitique.

Quelles que soient les conditions qui président à l'apparition des vésicules herpétiques sur les parois du pharynx, et accessoirement sur celles de la bouche et des lèvres, l'affection présente toujours les mêmes caractères, avec des nuances qui tiennent soit au nombre des vésicules, soit à la présence ou à l'absence de fausses membranes.

En effet, à la suite de l'impression du froid, ou de toute autre cause, on voit survenir chez un individu bien portant une fièvre ordinairement intense, avec malaise, courbature, céphalalgie souvent très-vive, horripilations, inappétence. Si c'est au contraire dans le cours d'une affection fébrile aiguë ou chronique, il y a redoublement ou retour de la fièvre. Au bout d'un temps variable de quelques heures à deux ou trois jours, l'individu affecté ressent un mal de gorge ordinairement assez intense dès le début : il a la sensation d'une chaleur cuisante qui s'exaspère pendant les mouvements de déglutition. Souvent il vient s'y joindre une âpreté spéciale de la bouche et une salivation abondante. Ces symptômes augmentent rapidement, et le médecin appelé peut constater, le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tôt, quelquefois aussi plus tard, une rougeur intense du pharynx limitée d'ordinaire au voile du palais, aux amygdales et à la luette. Les amygdales sont généralement gonflées d'une façon notable et font de chaque côté une saillie qui concourt, avec la luette infiltrée et allongée, à rétrécir l'isthme du pharynx et à produire une gêne plus ou moins grande de la respiration ; la luette vient en même temps toucher la base de la langue et provoquer soit des nausées, soit des mouvements fréquents et très-douloureux de déglutition.

Cet appareil de symptômes généraux et locaux varie d'intensité; parfois en effet ils peuvent se réduire à très-peu de chose, une gêne à peine appréciable de la déglutition, un peu d'âpreté à la gorge et de ptyalisme; les malades peuvent à peine s'en apercevoir; et si l'on procède à l'examen de la gorge, on voit sur l'une des amygdales ou l'un des piliers, ou sur la luette, une petite vésicule blanchâtre, opaline, marquée à son centre d'un petit point un peu plus foncé, grosse comme une forte tête d'épingle, entourée d'une auréole inflammatoire assez considérable. Cet état de choses subsiste pendant vingt-quatre ou trente-six heures, puis la vésicule pâlit, et bientôt c'est à peine si on peut en apercevoir la trace : il n'y a eu ni ulcération ni fausse membrane. D'autres fois, l'appareil fébrile est un peu plus intense; on voit plusieurs vésicules présentant les caractères qui viennent d'être indiqués; leur volume est variable, mais ne dépasse pas les dimensions d'un petit pois; une ou deux seulement se sont rompues et ont fait place à une petite ulcération arrondie en forme de cupule, plus profonde en raison du gonflement du tissu qui la supporte et qui lui forme une auréole rougeâtre; le fond en est uni, opalin, puis plus tard un peu rosé, et enfin pâlit peu à peu, en même temps qu'il se met de niveau avec les parties voisines. Ce travail de cicatrisation dure à peine deux jours pour chaque vésicule, et la résolution arrive très-rapidement encore.

Dans d'autres cas peu graves, nous voyons tout au contraire une fausse membrane recouvrir l'une des amygdales, ou envelopper complétement la luette en forme de doigt de gant.

Dans des cas plus intenses, il y a un plus grand nombre de vésicules qui siégent sur toutes les parties de l'isthme; je n'en ai constaté qu'une seule fois sur la paroi postérieure du pharynx. Ces vésicules peuvent présenter des différences d'aspect : les unes sont ulcérées, les autres disparaissent au-dessous de l'exsudation plastique qui s'est étalée en fausse membrane plus ou moins ténue, et quelquefois réunie à d'autres fausses membranes voisines. Si l'on cherche alors à la détacher, on y arrive aisément à l'aide d'un pinceau de charpie que l'on fait rouler à sa surface, et l'on trouve au-dessous soit une ulcération plus ou moins étendue, soit un petit point encore apparent, soit la muqueuse entièrement cicatrisée et ne présentant plus d'autre trace de l'éruption qu'un peu de rougeur qui ne tarde pas à disparaître. En même temps, à cette éruption confluente il vient se joindre un peu de douleur, et même de gonflement des ganglions cervicaux antérieurs, du côté affecté. Il y a aussi coexistence d'herpès sur les côtés et sur la pointe de la langue,

sur la paroi interne des joues et des lèvres; souvent il y a herpès labial. Il en résulte pour la langue cet aspect caractéristique que Willan décrit en ces termes : « A l'examen on trouve la langue d'une coloration rouge foncé, sauf au milieu, où elle est recouverte d'un léger enduit blanchâtre, sur lequel on voit poindre partout le sommet des papilles allongées. A leur sommet il se forme de petites ulcérations sur la surface supérieure et sur les côtés de la langue, de même sur la luette et les amygdales, qui sont gonflées et fort enflammées. »

L'herpès labial peut être lui-même confluent, et s'étendre sur la face.

Du côté de la gorge, l'inflammation peut se propager au larynx, ou plus souvent aux fosses nasales et à la trompe d'Eustache.

La marche de l'angine herpétique est franchement aiguë. Après une période variable, mais assez courte, de prodromes plus ou moins intenses, l'éruption se déclare et dure peu de temps.

Chaque vésicule achève son évolution en deux ou trois jours au plus. Mais l'éruption de ces vésicules est très-souvent successive, ce qui fait beaucoup varier la durée de l'affection. Elle est donc, d'une manière générale, d'autant plus courte que l'éruption sera moins intense, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. On voit en effet l'angine atteindre quelquefois par une seule poussée éruptive son summum d'intensité locale et générale, puis décroître rapidement et se terminer par résolution en peu de jours ; et d'autres fois au contraire l'affection marcher plus lentement, quelques vésicules apparaître, puis, après leur disparition, quelques autres vésicules venir prolonger la durée de l'affection.

Dans toutes les conditions relatives à la marche de l'angine herpétique, on reconnaît une marche parfaitement franche, et la maladie parcourt toutes ses périodes dans une durée généralement proportionnée à la marche de l'éruption. Cette marche est franche, même dans les cas où l'herpès vient, pour ainsi dire, s'enter sur une angine spécifique, une angine syphilitique, par exemple.

Enfin, on voit souvent l'angine herpétique récidiver, même au bout de fort peu de temps.

La durée de cette angine est variable ; elle peut être de deux à trois jours comme de vingt jours, rarement davantage; elle est de dix à quinze jours dans les cas d'une intensité moyenne.

La terminaison ordinaire est la résolution. Il y a cicatrisation rapide des ulcères, ou bien, s'il y a des fausses membranes, celles-ci

sont entraînées par les frottements, par les vomitifs ou par toute autre cause.

S'il n'y a que quelques vésicules herpétiques, la résolution peut, avons-nous vu, s'opérer, et alors il y a résorption de l'exsudation plastique; la vésicule pâlit et disparaît peu à peu.

Dans un cas cependant où il n'y avait qu'une seule vésicule herpétique sur le pilier antérieur droit, nous avons vu l'angine disparaître complétement en trois jours et le point blanchâtre persister sous forme d'un point solide, comme crétacé, d'un blanc mat, que l'on voyait encore un mois après, comme s'il n'y avait point eu résorption, mais une sorte d'induration de la substance plastique.

Parfois, comme chez deux malades observés par M. Gendron dans le cours d'une épidémie diphthéritique, la diphthérite peut survenir et déterminer des accidents plus ou moins graves.

Nous avons vu également la syphilis se substituer insidieusement à l'angine herpétique. Quelquefois aussi la douleur de la déglutition persiste assez longtemps, même après la disparition de toute trace d'inflammation.

Il est bien douteux que l'angine herpétique puisse jamais par elle-même amener une terminaison funeste, si ce n'est en troublant l'économie et en réveillant une affection grave, enrayée momentanément dans sa marche, comme nous le voyons dans une observation du mémoire de M. Gubler; ou bien encore chez les sujets affaiblis et épuisés par un concours exceptionnel de mauvaises conditions hygiéniques et de maladies antérieures, comme nous en trouvons un exemple dans une observation insérée dans le *Bulletin général de Thérapeutique* de 1843. Dans de tels cas il suffirait d'un traitement intempestif, même peu énergique, pour amener la mort.

L'angine herpétique offre habituellement des caractères bien tranchés, qui permettent de la reconnaître à l'aide d'un examen attentif, et surtout à l'aide de la marche de la maladie et de la coexistence d'autres symptômes caractéristiques.

Nous avons vu, en effet, que la marche de la maladie est franchement aiguë; elle arrive le plus souvent d'emblée à son summum d'intensité, pour persister peu de temps et décroître ensuite plus ou moins vite, mais toujours d'une manière continue, jusqu'à une guérison complète. Cette marche est caractéristique et doit permettre souvent de songer à l'angine herpétique avant l'examen de la gorge. Ce soupçon sera confirmé par la présence du ptyalisme, de l'herpès labial et du coryza, par la coexistence d'une maladie aiguë, si principalement elle tend à durer un peu au delà de ses limites ordi-

naires, surtout, enfin, si c'est une maladie des voies aériennes.

Le diagnostic n'offrira plus de doute, si l'on trouve dans la cavité bucco-pharyngienne les vésicules, les ulcérations, dont nous avons suffisamment retracé les caractères, recouvertes ou non de fausses membranes, celles-ci le plus souvent d'un gris blanchâtre, et peu adhérentes.

Mais le diagnostic peut parfois offrir certaines difficultés. Pour être complet, nous devrions jeter un coup d'œil sur les affections qui ont été confondues jusqu'à nos jours avec l'angine herpétique, telles que le muguet, l'angine gangréneuse, l'angine aiguë simple, l'angine syphilitique. Mais nous préférons concentrer l'attention sur le diagnostic différentiel de l'angine herpétique et de l'angine diphthéritique.

Et d'abord, la marche des deux affections diffère essentiellement : l'une est franchement aiguë et survient avec un appareil symptomatique intense, à la suite d'une cause appréciable ou dans le cours d'une affection plus souvent aiguë que chronique. La seconde a un début insidieux : l'individu est souffrant quelques jours avant de se plaindre de la gorge ; souvent, il y a des fausses membranes dans le pharynx avant qu'on ait songé à examiner la gorge. Cet examen de la gorge fera encore constater d'assez nombreuses différences entre les deux affections : dans l'angine herpétique, il y a des vésicules, que l'on pourra souvent retrouver soit sous forme d'érosion au-dessous de la fausse membrane, soit en d'autres points, car nous avons vu que l'éruption successive permet de les rencontrer à divers degrés de leur développement. Il n'est pas facile de juger des rapports très-variables d'étendue entre la fausse membrane et l'ulcération, car là fausse membrane la recouvre et peut surtout en recouvrir plusieurs. Cette éruption successive des vésicules, et par suite celle des fausses membranes, pourront aussi faire croire à leur reproduction et à la malignité de l'affection ; mais il suffit d'être prévenu pour reconnaître que ce sont tout simplement des fausses membranes résultant de vésicules plus récentes.

Dans la diphthérite il y a une tuméfaction peu considérable de l'une des amygdales ; la fausse membrane gagne de proche en proche, s'étend à la manière d'un liquide, et passe d'une amygdale sur l'autre, en envahissant auparavant le voile du palais et la partie postérieure du pharynx et des fosses nasales. Eminemment locale, c'est d'un seul point que l'inflammation diphthéritique se propage avec plus ou moins de rapidité aux surfaces qu'elle envahit graduellement.

Les fausses membranes détruites se renouvellent plusieurs fois, disent MM. Rilliet et Barthez. Les fausses membranes offrent aussi un caractère différentiel très-important : elles se détachent très-facilement de la paroi pharyngienne à l'aide d'un pinceau de charpie ; on n'observe rien de semblable dans l'angine diphthéritique.

Le gonflement des ganglions est loin d'offrir aussi la même intensité dans les deux affections ; ils sont assez rarement douloureux et sont bien moins gonflés dans l'angine herpétique, que dans une angine inflammatoire intense ; ils sont au contraire très-développés et peuvent suppurer, dans une véritable diphthérite. Le siége des ganglions engorgés n'est pas non plus le même dans les deux affections : dans la diphthérite ce sont les ganglions parotidiens qui sont engorgés ; ce sont les ganglions sous-maxillaires dans l'angine herpétique.

Ajoutons que très-souvent, dans le cas d'angine diphthéritique, l'affection se propage au larynx : il y a accès de suffocation, toux et voix croupale.

Dans le cas d'angine herpétique, l'inflammation se propage d'ordinaire à la bouche, aux lèvres ou aux fosses nasales, à la trompe d'Eustache, moins souvent au larynx, et dans ce dernier cas c'est une laryngite simple, qu'on pourra reconnaître avec de l'attention.

La marche des deux affections est donc précisément inverse : l'une, grave d'abord, se calme très-rapidement ; l'autre, insidieuse au début, vient surprendre et arracher le malade aux ressources de la thérapeutique la mieux dirigée du médecin pris à l'improviste, même à peu de distance encore du début.

Cependant il est des circonstances où le diagnostic doit être bien embarrassant, puisque MM. Bretonneau et Trousseau en ont signalé toute la difficulté. C'est dans ces espèces d'angine herpétique, où il y a abondance de fausses membranes et absence d'ulcérations ; dans ces cas désignés par M. Bretonneau sous le nom d'*angine couenneuse commune*, surtout s'il y a laryngite ou faux croup.

Il peut arriver enfin que, après avoir épuisé toutes les ressources du diagnostic, on ne parvienne pas à reconnaître d'une manière précise la nature maligne ou simple de l'affection ; alors on agira comme si on avait affaire à une diphthérite.

Ajoutons que l'on peut tirer du traitement quelque présomption sur la nature de l'affection, car les faits de diphthérite, traités avec tant de succès par des méthodes si variables où la cautérisation n'avait point de part, étaient très-probablement des faits d'angine herpétique.

Enfin il y a des cas d'angine herpétique, compliquée plus tard de croup, de même qu'on a vu la diphthérite s'enter sur les ulcérations herpétiques; il n'y a pas lieu alors à un diagnostic, le traitement de la diphthérite étant naturellement le seul indiqué.

Il n'est peut-être aucune affection qui montre mieux que celle que nous avons essayé de décrire l'influence de la nature bien reconnue de la maladie sur le traitement à employer.

Voici en effet une affection qui se présente dès le début avec un appareil fébrile intense, et une production de fausses membranes, c'est-à-dire une manifestation morbide parfois des plus graves. Que devient cette affection livrée à elle-même? Tout se calme bientôt; et parfois, même dans le cas d'éruption critique, le médecin ne participe qu'en sous-œuvre à une guérison que ses efforts n'avaient pu encore obtenir; la nature en fait non-seulement tous les frais, mais elle le fait de son propre mouvement, et le médecin n'a qu'une surveillance à exercer, quelques moyens simples à prescrire, quelque adoucissement à apporter à l'intensité des symptômes, qui, pour s'apaiser promptement d'eux-mêmes, n'en sont pas moins souvent très-pénibles à supporter. Mais quant à un traitement actif et véritablement curatif de l'affection, il n'y en a point, et peut-être même n'en faut-il pas chercher; c'était l'avis de Bateman : « Cette affection n'est pas dangereuse, dit-il, et l'on ne doit pas chercher à en abréger la durée. » Willan avait dit déjà que les remèdes ordinairement prescrits contre cette affection ne contribuent guère à en abréger la durée.

Les nombreuses et surtout les longues erreurs qui ont eu cours dans la science au sujet de l'angine herpétique n'étaient pas de nature à inspirer une telle modération dans le traitement. Bien au contraire, elles eurent pour double résultat, d'une part, d'ajouter aux souffrances des malades et à la durée de la maladie, et, d'autre part, ce qui est bien plus grave, d'avoir introduit et trop souvent fait prévaloir, dans la thérapeutique des affections véritablement diphthéritiques, des moyens dont on avait, avec une apparence de raison, vanté les succès constants jusqu'au jour où ils ne donnaient plus une seule guérison.

Il importait donc autant à la thérapeutique de l'une que de l'autre affection de rétablir les bases de leur distinction, et j'ai la certitude que l'observation ultérieure bien dirigée permettra de jeter une ligne de démarcation de plus en plus accusée entre ces deux affections, et d'une manière générale entre toutes les affections pseudo-membraneuses.

L'angine herpétique guérit donc presque toujours sans le secours,

et quelquefois a guéri malgré l'influence du traitement employé. L'expérience du passé aura eu, du moins en ce qui concerne notre sujet, cette faible compensation de nous faire connaître la fâcheuse influence des émissions sanguines exagérées, des vésicatoires et généralement d'un traitement trop énergique. Il faut n'employer les antiphlogistiques qu'avec modération, et dans la mesure précisément indiquée par l'intensité des symptômes, s'abstenir surtout avec grand soin des cautérisations dans les cas où le diagnostic sera suffisamment établi, ce que nous croyons possible bien plus souvent que MM. Bretonneau et Trousseau ne l'ont avancé.

Dans les cas légers, un régime doux et léger, des boissons émollientes, de simples gargarismes émollients et détersifs, ou même légèrement astringents, suffiront.

S'il y a un état saburral à combattre, on emploiera un purgatif salin, mieux encore peut-être qu'un vomitif, qui ajouterait inutilement à la gêne des malades.

Dans des cas d'une certaine intensité, cependant, s'il y a un peu de dyspnée due au gonflement des amygdales, si surtout il y a une réaction fébrile intense, un certain accablement avec symptômes nerveux, céphalalgie très-vive, l'emploi du vomitif sera suivi d'un prompt soulagement.

Quand le gonflement des amygdales et de la luette est très-considérable et qu'il y a presque menace de suffocation, comme chez le premier malade observé par M. Gubler, comme aussi chez deux malades dont l'histoire est rapportée par M. Mestivier (¹), on pourra employer avec avantage les émissions sanguines locales, soit les scarifications des amygdales, moyen simple et peu douloureux, et presque toujours suivi d'un grand soulagement, soit peut-être aussi parfois la saignée des veines ranines, comme le conseillent M. Mestivier et M. Aran (²), qui déclarent avoir presque constamment obtenu un soulagement immédiat et durable de cette petite opération.

Il en résulte en effet une déplétion de ces organes engorgés et enflammés bien plus grande peut-être que celle qui résulterait de l'administration d'un vomitif.

Quelques gargarismes avec l'alun, le borax, compléteront le traitement.

En temps d'épidémie diphthéritique, on redoublera de soins et de surveillance à l'égard des malades affectés d'angine herpétique : c'est

(¹) *Bulletin général de Thérapeutique*, t. LII, p. 59, obs. II et III; 1857.
(²) *Ibid.*, t. LII, p. 105.

alors qu'il faut procéder avec plus de circonspection dans le traitement et ne pas avoir recours à des agents dont l'énergie ne serait pas en rapport avec le peu de gravité du pronostic. Il faut, bien entendu, dans les cas douteux, agir comme si l'on avait certainement affaire à une affection diphthéritique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la valeur de la trachéotomie dans le traitement du croup; conditions du succès de cette opération.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Le traitement du croup doit-il être abandonné désormais aux chirurgiens, et n'existe-t-il d'autres ressources thérapeutiques que l'usage topique des astringents, et, lorsque ce moyen n'a pu prévenir l'envahissement du larynx, l'emploi de la trachéotomie? Telle serait la question préjudicielle que nous aurions à discuter tout d'abord, si l'espace nous le permetttait. — Persuadé que nous sommes que plus un débat est limité, plus l'enseignement qui en ressort gagne en précision, nous ne voulons pas dépasser aujourd'hui les limites dans lesquelles s'est enserrée la discussion de l'Académie de médecine. Réservant donc pour une prochaine livraison l'examen des ressources offertes par la matière médicale pour le traitement de la première période du croup, nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs la partie du dernier discours de M. Trousseau, dans laquelle l'éminent académicien a mis hors de doute la valeur de la trachéotomie comme traitement de la période ultime du croup, et surtout celle des soins secondaires qui doivent assurer le succès de cette opération. L'importance de ces soins n'est pas chose nouvelle pour nos lecteurs, car nous n'avons laissé échapper aucune occasion d'en fournir les preuves. Après les attaques inconsidérées dont la trachéotomie a été l'objet dans ces derniers temps, et quoique nous nous soyons bien gardé de nous faire l'écho de telles diatribes, nous croyons remplir un devoir envers nos lecteurs en insistant sur ces faits.

Voici la fin du discours de M. Trousseau, dans laquelle le savant clinicien expose le traitement à suivre dans la seconde et dans la troisième période du croup :

« Il est un point à propos duquel je différerai avec mon honorable ami, M. Bouillaud, ainsi qu'avec M. Bouvier : c'est celui de la pre-

mière période du croup. On a dit qu'avant les fausses membranes le croup n'existait pas ; je ne suis pas de cet avis ; de même que l'anthrax, pour des yeux exercés, est annoncé par des pustules d'acné, de même le croup est annoncé par les signes de la phlegmasie diphthéritique. MM. Bretonneau et Guersant père avaient déjà établi cette distinction. Il ne faut jamais opérer dans cette période, parce que la maladie peut encore guérir seule assez souvent.

« La deuxième période pour Bretonneau et pour Guersant est caractérisée par les fausses membranes. L'oppression est alors constante, mais la toux est moins fréquente ; elle est voilée et ressemble à l'aboiement d'un petit chien dans le lointain : on peut rester deux ou trois heures près du malade sans l'entendre tousser. Déjà il y a des accès de suffocation, accès essentiellement intermittents ; l'enfant s'endort, et il est éveillé par ces suffocations. A cette période, on en guérit encore un certain nombre, mais bien peu.

« Je m'en rapporte aux souvenirs de mes collègues de l'hôpital et à ceux de mes confrères de la ville.

« La troisième période est marquée par la suffocation constante et l'état asphyxique constant, avec des exacerbations. M. Barthez n'était pas partisan de la trachéotomie dans la deuxième période, il voulait que la troisième fût commencée ; dans la troisième période, selon des chiffres empruntés à M. Barthez, sur 67 enfants atteints de croup et non opérés, 67 meurent. Donc, ici, quand on n'opère pas, la certitude de la mort est absolue.

« C'est cependant là-dessus que m'attaque M. Malgaigne, et je vais y répondre, car c'est grave. Sans doute, la certitude absolue n'existe pas en médecine ; nous avons tous vu, une ou deux fois peut-être, des enfants à la troisième période rejeter spontanément des fausses membranes, et guérir. Mais nous avons vu aussi des guérisons analogues dans la troisième période de la phthisie, et il n'en est pas moins vrai que 999 malades sur 1,000 meurent dans ces conditions. D'ailleurs, même les adversaires de la trachéotomie reconnaissent qu'elle prolonge la vie de un, deux, trois ou quatre jours ; tout ce qui pourra être gagné pendant ce répit, le sera donc grâce à la trachéotomie.

« Voyons à présent quelles sont les conditions de succès pour l'opération. C'est ici que M. Bouvier m'a fait plus d'honneur que je n'en mérite. Avant moi, on perdait beaucoup plus d'enfants qu'après que j'eus insisté sur certaines particularités du traitement. Cela est vrai ; mais je n'ai fait que rassembler tout ce qui avait été inventé par mes collègues et par moi : le fruit était mûr, je l'ai cueilli.

M. Blache doit se rappeler que nous parlions souvent, pour les déplorer, des accidents consécutifs à nos trachéotomies, et chacun de nous s'efforçait de trouver les moyens de les prévenir.

« En premier lieu, il faut que l'opération soit bien faite. « Et vos « internes ? » dira M. Malgaigne. Je reconnais, messieurs, qu'ils ne la font pas toujours très-bien ; mais cela arrive à tout le monde, et je pourrais citer de grands chirurgiens, Aug. Bérard, entre autres, qui la faisaient, dans le principe, aussi mal que possible ; un jour, pour la faire brillamment, c'est-à-dire rapidement, pour l'escamoter, comme on dit, il coupa du même coup la trachée et l'œsophage ; une autre fois, il divisa les veines thyroïdiennes : à la fin de sa vie, il la faisait admirablement et prudemment.

« En second lieu, il faut que le malade perde peu de sang, parce que la perte du sang détermine souvent des convulsions : pour cela, il suffit de faire l'opération lentement, de lier les vaisseaux quand on les ouvre, etc. ; en un mot, d'opérer en médecin plutôt qu'en chirurgien, d'opérer maladroitement.

« M. Bouvier a parlé de la diphthérite : on a suffisamment insisté à ce propos. Quand elle n'est pas généralisée, sur 24 opérations on obtient 13 guérisons, c'est-à-dire plus de la moitié. Quand elle est généralisée, on n'en obtient plus que 1 sur 6. C'est ce qui donne l'explication des résultats en apparence contradictoires des différentes statistiques.

« Maintenant, une grosse question est celle du traitement préalable. Généralement, on fait vomir les enfants ; on leur applique des sangsues au cou, où la compression est impossible et où l'on ne peut arrêter les hémorrhagies ; on leur fait pis : on leur pose des vésicatoires ; en d'autres termes, on les soumet à la plus périlleuse, à la plus absurde des médications. Un vésicatoire contre un accident purement mécanique ! Que, dans la première période, on ait recours à une médication générale, passe encore ; mais dans la deuxième ! Les enfants nous arrivent donc dans des conditions déplorables, les intestins fatigués par les vomitifs, exsangues, et couverts de fausses membranes partout où les vésicatoires ont été appliqués. L'absence de tout traitement est infinement préférable, ainsi qu'il résulte d'une lettre que m'a écrite spontanément M. le docteur Lefèvre. Ce médecin envoie à l'hôpital ses petits malades, vierges de tout traitement. Sur 7 enfants, 5 ont été guéris ; le sixième est mort de pneumonie deux mois après sa sortie de l'hôpital ; le septième a été perdu de vue. On en sauverait donc infiniment plus s'ils n'avaient pas été traités en ville.

« Les soins après l'opération sont plus importants encore. C'est ici qu'il faut examiner la fameuse statistique, si lamentable, publiée par M. Bouchut. M. Bouvier a déjà protesté. M. Malgaigne s'est étonné, à propos de cette statistique, que des *recrues* (il n'a pas osé dire *conscrits*) obtinssent plus de succès que de vieux grognards, que des vétérans. Ce n'est pas sans exemple : Lutzen et Bautzen sont dans l'histoire ; et puis la fortune aime les jeunes gens. »

M. Trousseau lit les chiffres donnés par M. Bouchut comme expression de la pratique des principaux chirurgiens de Paris ; nous nous abstenons de les reproduire, vu les erreurs qu'ils renferment ; puis l'orateur continue :

« Voici, en regard de cette statistique qui a ébranlé tant d'esprits, les résultats obtenus par quelques médecins :

M. le docteur Bardinet, directeur de l'École secondaire de Limoges, sur 57 trachéot. obtient 17 guéris.

M. Saussier, de Troyes . . .	sur	6	—	3 —
M. Bellart	sur	13	—	4 —
M. Moynier	sur	17	—	8 —
M. Archambault	sur	21	—	8 —
M. Lalois, de Belleville . . .	sur	6	—	3 —
M. Petel, de Cateau-Cambrésis,	sur	9	—	5 —
M. Viard, de Montbard . . .	sur	2	—	1 —

« En somme, 131 opérations et 49 guérisons.

« Si nous consultons la jeune génération chirurgicale (que M. Malgaigne a toujours soutenue dans les concours), nous voyons que :

« M. Richet a fait 21 trachéotomies, dont 15 pour des cas de croup ; les 6 premiers opérés sont morts (non traités par ce que M. Bouvier et moi nous appelons le traitement perfectionné) ; sur les 9 derniers (avec le traitement perfectionné) 5 ont guéri.

M. Follin. . . .	sur	8	opérés	(sans traitement)	8 morts.
Id.	sur	7	—	(avec traitement)	2 guérisons.
M. Broca	sur	12	—	—	6 —
M. Richard. . .	sur	5	—	—	2 —
M. Demarquay .	sur	6	—	—	2 —

« En résumé, sur 20 opérations avant l'indication du traitement, 20 morts ; — sur 30 opérations après l'indication du traitement, 17 guérisons.

« Ce qui prouve, une fois de plus, que la chirurgie ne doit être que la médecine armée.

« En quoi consiste ce traitement ?

« Il faut une canule. Georges Martyn et André se servaient de canules trop étroites : le premier, de canules de trocart aplaties ; le deuxième, d'une sonde de gommo élastique flexible et dépressible. Il faut une canule double ; cela avait été indiqué en 1730, par Martyn. Bretonneau l'indique aussi ; mais il n'y tient pas. Seulement, il avait formulé la vraie règle ; il avait dit qu'il fallait une canule large, de la capacité du larynx, d'une aire égale, sinon supérieure à l'aire du larynx. Il faut qu'elle soit supérieure.

« Cela n'est pas facile à obtenir ; j'ai lutté plus de dix ans avec les fabricants pour qu'ils fissent prendre par les médecins des canules suffisamment larges. Encore aujourd'hui, on se sert des canules d'enfants pour des hommes de quarante ans.

« Il faut entourer le cou d'une cravate. Elle avait été indiquée aussi par Martyn, qui la voulait en mousseline. Cependant, je ne m'en servais pas encore en 1836. Il est important qu'elle ait une épaisseur considérable, afin que les opérés respirent un air chaud et humide. Sans cela, des pneumonies se déclarent et les sécrétions se dessèchent dans la trachée et les grosses bronches des opérés.

« Il faut cautériser énergiquement la plaie du cou, qui, sans cela, se recouvre de fausses membranes et généralise la diphthérite. Le tissu cellulaire de la gorge se gangrène, il se fait des infiltrations, il apparaît des phlegmons, etc. ; il faut cautériser avec le crayon d'azotate d'argent, trois ou quatre fois par jour, et pendant plusieurs jours.

« Enfin, il faut alimenter les malades. L'alimentation a une telle valeur, que si l'on n'emploie pas au besoin la violence, ils meurent. Je dis la violence, parce que l'empoisonnement diphthéritique produit l'inappétence ; parce que les cautérisations de la gorge rendent les mouvements douloureux ; parce qu'il y a souvent paralysie du pharynx et que les aliments tombent dans le larynx. La sonde œsophagienne doit être employée.

« Eh bien, je déclare que, avec ces moyens, la trachéotomie aura encore ses dangers sans doute, mais qu'elle donnera d'autant plus de succès qu'ils auront été plus complétement et plus soigneusement mis en usage.

« Il me reste à ajouter que cette médication ne m'appartient que pour une faible part, et qu'elle est l'œuvre collective des médecins de l'hôpital des Enfants. »

Vote de la Société médicale des hôpitaux sur la question de la trachéotomie.

Ce n'est pas seulement à l'Académie de médecine que la trachéotomie est sortie victorieuse des attaques dont elle avait été l'objet, mais encore à la Société de chirurgie, et surtout à la Société médicale des hôpitaux, où M. Bouchut a pu défendre et les conclusions qu'il avait déduites de sa statistique de la mortalité dans le croup et la valeur du tubage comme traitement de cette maladie. Voici dans quels termes cette Compagnie, qui compte dans son sein le plus grand nombre des médecins des hôpitaux, a passé à l'ordre du jour :

« La Société, considérant : que les résultats statistiques fournis par M. Bouchut, relativement à la mortalité du croup, n'ont pas la valeur que leur auteur leur a attribués ;

« Que la trachéotomie rend tous les jours d'immenses services dans la thérapeutique du croup, et que cette opération est encore le meilleur moyen à opposer à la maladie arrivée à la période d'asphyxie commencée ;

« Qu'il est dangereux d'attendre, pour le succès de l'opération, l'invasion des phénomènes ultimes de la maladie, et en particulier de l'anésthésie, qui est loin d'être constante ;

« Passe à l'ordre du jour. »

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'action thérapeutique des eaux minérales au point de vue de leur composition chimique [1].

Par M. Deschamps, pharmacien de la maison de Charenton.

L'action thérapeutique des eaux minérales est-elle toujours en rapport avec leur composition chimique? Telle est la question que nous allons essayer d'étudier.

Lorsque l'eau contient des principes distincts en proportions assez considérables, les effets ne sont nullement douteux ; ils sont appréciables par tout le monde. Quand ces agents manquent plus ou moins complétement, nous ne savons comment expliquer les faits que nous remarquons et nous entrons largement daus le champ des hypothèses, dans le seul but de tranquilliser notre esprit inquiet

[1] Nous empruntons cet article au Manuel d'analyse chimique de notre collaborateur, qui doit paraître sous peu à la librairie de M. Germer Baillière.

et toujours inventif, sans penser aux erreurs qu'il peut nous faire commettre ; sans nous souvenir qu'il repousse constamment les explications les plus simples et les plus positives ; sans supposer qu'il peut nous faire admettre des causes qui sont toujours ou presque toujours en opposition avec les lois physiques et chimiques que nous connaissons parfaitement ; sans penser enfin qu'il serait plus sage d'attendre qu'il nous soit permis de découvrir l'agent qui nous échappe ou les circonstances qui sont causes des bons effets que nous remarquons, plutôt que de nous livrer à des spéculations théoriques qui ne reposent sur rien de rationnel.

Pour expliquer l'action thérapeutique de beaucoup d'eaux minérales, on a formulé plusieurs théories : on a d'abord admis que le calorique des eaux thermales avait des propriétés spéciales, essentiellement différentes des propriétés du calorique qui se fait sentir à la surface de la terre, et l'on a attribué sérieusement à cette différence les effets thérapeutiques d'un certain nombre d'eaux thermales, et principalement de celles qui ne contiennent qu'une petite quantité d'agents chimiques. On a supposé ensuite que les eaux contenaient des principes cachés, un agent particulier que l'on a désigné sous le nom d'*une sorte de vie des eaux*. On a cru pouvoir admettre que les eaux minérales avaient un état moléculaire et un état électrique particuliers qui procuraient à ces eaux des vertus thérapeutiques énergiques, des propriétés que nous ne pouvons donner aux eaux artificielles. Enfin on commence à prononcer le nom d'oxygène ozoné. Toutes ces théories ont été appuyées en disant que les eaux artificielles, quoique préparées avec beaucoup de soin, étaient loin d'avoir les propriétés des eaux naturelles.

Etudions un peu la valeur de ces théories, qui ne reposent réellement sur aucun fait positif, et qui n'ont de retentissement et de valeur que parce qu'elles ont été malheureusement professées dans les écoles et parce que nous sommes tous imbus des principes qui nous sont inculqués, parce que nous avons un grand respect pour les leçons que nous avons reçues, et parce que nous repoussons sans considération, sans examen, toutes les expériences, tous les raisonnements, toutes les discussions qui pourraient troubler l'équilibre de ce que nous avons classé dans notre mémoire pendant nos études.

L'explication de l'action des eaux minérales, en attribuant à leur calorique des propriétés physiques et chimiques spéciales, n'est plus admise par personne ; elle reposait sur des expériences faussement interprétées. L'espèce de *vie des eaux* ne peut s'accréditer,

elle pèche par la base. L'état moléculaire particulier des eaux minérales n'a pas plus de valeur, et il en est de même de leur état électrique. Mon Dieu! il n'est pas étonnant que l'on ait découvert un peu d'électricité dans les eaux minérales ; mais ce qu'il y a de surprenant et d'extraordinaire dans ce fait, c'est que l'on ait pu penser à en faire un agent thérapeutique des plus indispensables. Quant à l'oxygène ozoné, il serait prématuré et erroné de supposer un seul instant que les eaux minérales agissent parce qu'elles contiennent une petite quantité de ce gaz.

On prétend que les eaux minérales artificielles n'ont pas les propriétés des eaux naturelles, et cependant, quand on regarde de près, on reconnaît promptement qu'un certain nombre d'eaux naturelles ne sont, quoi qu'on en dise, que des eaux artificielles, et ne peuvent pas avoir plus d'efficacité que ces eaux quand elles sont préparées dans les mêmes conditions. C'est peut-être une *hérésie* que de tracer ces lignes ; mais comme il faut que la vérité se fasse jour tôt ou tard, disons notre pensée. En effet, qu'est-ce qu'une eau sulfureuse, si ce n'est une eau artificielle? Toutes proviennent, cela n'est pas douteux, de l'altération des sulfates tenus en dissolution dans l'eau, altération qui se manifeste aussitôt qu'une eau sulfatée rencontre des matières organiques. Eh bien! par exemple, quelle différence peut-il y avoir entre l'eau d'Enghien, qui n'est pas autre chose que l'eau du bassin de la Seine devenue sulfureuse en traversant des terrains qui renferment de la tourbe, et l'eau du même bassin ou une eau dans laquelle on aurait fait dissoudre du sulfate de chaux et que l'on aurait placée dans des vases avec un peu de matières organiques, jusqu'à ce que la modification du sulfate eût été effectuée? Evidemment aucune ; et ces eaux seraient certainement parfaitement comparables sous le rapport de leurs propriétés thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit, l'inefficacité des eaux artificielles ne peut pas être admise en principe, car celles qui contiennent des agents spéciaux, comme les eaux gazeuses, les eaux purgatives, les eaux au bicarbonate de soude, etc., ont positivement de l'action. Cette action n'est pas comparable à l'action des eaux prises à la source, mais elle est assimilable à l'action des eaux minérales naturelles bues loin des sources; nous dirons même que l'action de quelques eaux minérales naturelles est quelquefois inférieure à l'action des eaux artificielles. Cette infériorité n'est due, il est vrai, qu'à la manière dont elles sont administrées. En effet, tout le monde sait très-bien que les eaux sulfureuses sont essentiellement modifiées au

contact de l'air, que celles qui ne renferment que de l'acide sulfhydrique abandonnent très-promptement ce gaz, et cependant beaucoup de médecins formulent leurs prescriptions en disant : Prenez une bouteille d'eau et buvez-en un verre tous les matins. En prescrivant ainsi ces eaux, ils oublient que le premier verre a de l'action, que le second en a beaucoup moins, s'il en a encore, et que les autres ne diffèrent pas essentiellement de l'eau ordinaire.

Si nous cherchons maintenant à comparer l'action que les eaux artificielles, et même que les eaux naturelles expédiées peuvent produire, avec l'action des eaux prises à la source, nous reconnaissons d'abord que rien n'est comparable, que l'administration des premières ne peut être considérée que comme un simple traitement médical, tandis que les secondes constituent véritablement une médication générale. Cette simple explication suffit déjà pour faire concevoir combien sont peu fondées les théories mises en avant ; mais poursuivons. Dans le premier cas, on ne modifie nullement ses habitudes ; l'hygiène reste la même, si l'on s'assujettit à quelques règles hygiéniques, et l'on se contente de boire un verre d'eau ou une bouteille d'eau par jour. Dans le second cas, tout est changé, tout est modifié, et nos sens sont diversement affectés. L'aspect des lieux étrangers, la locomotion, la distraction, l'oubli des affaires, le grand air, ne sont pas sans agir profondément sur l'organisme. Aux eaux on devient égoïste, on ne pense plus qu'à soi, on modifie complétement son régime alimentaire, on commence par boire un demi-verre ou un verre d'eau, et l'on augmente insensiblement jusqu'à des doses parfois extraordinaires. On prend régulièrement, chaque jour, des bains qui stimulent énergiquement la peau, des bains dont souvent la température ne varie jamais, on se fait masser, on se couche après le bain, etc., etc., et l'on veut comparer les vertus des eaux artificielles à celles des eaux naturelles, et l'on veut attribuer à des agents chimériques les bons effets des eaux naturelles, tandis qu'il est si simple d'admettre qu'ils résultent évidemment de l'ensemble des circonstances qui accompagnent si heureusement l'emploi de ces eaux.

Interprétée de cette manière, l'efficacité des eaux minérales naturelles prises à la source est facile à expliquer, et l'on comprend aussi très-aisément comment les petites quantités d'agents chimiques qui sont souvent contenues dans ces eaux peuvent stimuler, exciter nos organes et leur donner le pouvoir de reprendre les fonctions qu'ils exerçaient si bien avant d'être malades.

Seulement, il ressort aussi, avec évidence, de cette discussion,

que les eaux minérales naturelles n'ont pas toujours besoin de contenir beaucoup de matières salines pour agir sur nos organes et que leur action n'est pas toujours en raison directe des réactifs chimiques qu'elles renferment, car il n'y a pas que ces réactifs qui constituent les agents thérapeutiques. Quant aux substances qui sont contenues dans les eaux, en proportions infinitésimales, il est douteux que beaucoup d'entre elles doivent être prises en considération.

Cependant, dès que nous trouvons dans une eau une très-petite quantité d'un agent chimique auquel on a attribué des propriétés thérapeutiques énergiques, nous sommes convaincus qu'elle est capable de produire des effets merveilleux et nous crions victoire, quoique nous ayons reconnu par de sérieuses expériences cliniques que cette petite quantité d'agent chimique ne peut exercer aucune action thérapeutique, et sans penser que c'est plutôt l'ensemble de la composition, la somme totale des principes constituants qui agit qu'un principe isolé. Heureusement que la nature, plus prévoyante que nous, ne tient pas compte de nos théories et qu'elle a placé, à côté des corps auxquels nous attribuons les seules vertus thérapeutiques des eaux, d'autres principes qui, sans nul doute, concourent puissamment à produire les effets remarquables que nous enregistrons.

D'ailleurs, la preuve évidente que l'action des eaux ne doit pas être attribuée à un seul élément, c'est que beaucoup de maladies qui devraient être positivement modifiées par l'usage d'une certaine eau minérale ne le sont pas, tandis qu'elles le sont par d'autres qui ne contiennent pas les mêmes principes.

Lorsque l'analyse nous a démontré la présence d'un agent chimique énergique dans une eau minérale, et lorsque des expériences cliniques nous ont appris que cette substance pourrait bien être l'agent thérapeutique de cette eau, pouvons-nous affirmer d'une manière absolue que c'est cet agent qui est, dans toutes les circonstances, le modificateur de notre constitution, le principe qui rétablit les fonctions altérées de nos organes? Non sans doute, car il peut y avoir des exceptions à cette règle générale, des exceptions peu nombreuses, il est vrai, mais des exceptions qui ont *à priori* assez de vraisemblance. En effet, nous savons tous que les eaux minérales sulfureuses agissent d'une manière merveilleuse dans une foule d'affections graves, nous disons tous aussi que les principes énergiques, curatifs de ces eaux sont : ou l'hydrogène sulfuré, ou les sulfures alcalins ou terreux ; mais, ne pourrions-nous pas dire, avec une apparence de vérité au moins, que ces corps n'agissent pas directement et qu'ils ne produisent, si ce n'est toujours, au

moins dans beaucoup de cas, des effets salutaires que lorsqu'ils ont éprouvé dans l'organisme, sous l'influence de l'hématose, une modification profonde ; que lorsqu'ils sont transformés enfin en hyposulfites.

Si ces raisonnements ne sont pas vrais, ils sont du moins appuyés sur des faits admis et prouvés par l'efficacité des eaux sulfureuses dites *dégénérées*, et ils peuvent laisser supposer que l'hyposulfite de soude en dissolution dans l'eau pourrait constituer une eau minérale artificielle, pour l'usage interne et externe, qui ne serait pas privée de vertus thérapeutiques.

En parlant ainsi des eaux minérales, nous n'excluons pas les bains de mer, car ces bains ont aussi de grandes propriétés. Seulement, nous ajoutons que nous n'avons jamais compris pourquoi les médecins qui conseillent les bains de mer ne prescrivent jamais à leurs malades l'usage de l'eau de mer à l'intérieur, puisque l'eau de mer est bien certainement une eau saline des plus naturelles, des plus efficaces, des plus abondantes, des plus faciles à puiser et à employer. Tout est réuni dans cette eau et on lui préfère des sources qui n'ont pas sa valeur et qui sont recherchées seulement parce qu'elles sont éloignées, isolées et d'un difficile aménagement.

L'administration de l'eau de mer à l'intérieur nous paraît très-simple. On doit commencer par une très-petite quantité, soit seule, soit mélangée avec de l'eau ordinaire, et augmenter insensiblement, jusqu'à ce que le ventre soit libre, mais on ne doit pas en boire de manière à obtenir un effet réellement purgatif. L'effet purgatif est un moyen certain de connaître la limite de la quantité d'eau à boire. En réunissant l'eau à l'intérieur aux bains, on augmenterait de beaucoup l'efficacité des bains de mer, et les avantages qu'on en retirerait seraient certainement immenses sous tous les rapports.

Formule d'une pommade contre l'eczéma des mains.

Nous reproduisons la formule d'une pommade que nous avons vu employer avec succès à l'hôpital Necker par M. Natalis Guillot. Ce médecin fait enduire les mains de ses malades avec la pommade suivante :

Pr.	Axonge.................	30 grammes.
	Sous-carbonate de soude.	ãã 2 à 4 grammes.
	Huile de cade...........	
	Goudron................	

On peut varier les doses de ces dernières substances suivant la gravité de l'affection.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du traitement de quelques inflammations (¹).

Ne vous effrayez pas, mon cher ami, du titre de cette lettre qui vous promet une dissertation sur certains phénomènes morbides dont tant d'auteurs se sont déjà occupés, et sur lesquels nous n'avons pourtant, au fond, que très-peu de notions positives. Je me bornerai à vous exposer quelques faits thérapeutiques bien constatés, et si j'y ajoute des remarques pathologiques, ce sera seulement pour élucider autant que possible la question du mode d'action des remèdes employés.

Dans les cas de brûlure légère des doigts, les gens du peuple ont fréquemment recours au moyen suivant : ils serrent aussitôt le lobule de l'oreille entre le pouce et la partie du doigt qui a été exposé à l'action du calorique, et cette manipulation prévient la formation des phlyctènes et fait rapidement disparaître la douleur, de sorte qu'au bout de quelques minutes il n'existe plus aucune trace de lésion. A quoi faut-il attribuer cette prompte guérison ? Personne assurément ne pensera à y faire jouer un rôle essentiel au lobule de l'oreille, il faut donc que la compression seule en soit la cause. Il y a vingt ans environ, m'étant brûlé un indicateur, je le pressai aussitôt contre une table, et l'effet désiré ne se fit pas attendre : après avoir continué la compression pendant deux minutes environ, je ne ressentis plus de douleur et la lésion n'eut point d'autres suites. Depuis, j'ai souvent répété cette expérience, et toujours avec le même succès; seulement, dans les cas où l'action du calorique avait été plus intense, l'épiderme s'épaississait, devenait dur et finissait par se desquamer, sans me causer de douleur toutefois, et sans que cela m'eût empêché de me servir de mon doigt.

Plus tard, j'eus souvent occasion d'éprouver les bons effets de la compression dans les inflammations traumatiques. En travaillant au jardin, il m'arriva quelquefois de me donner avec des instruments contondants de violents coups à la main gauche, et alors la main droite

(¹) Comme il sera souvent question de prison et de compagnons d'infortune dans les lettres de M. Eisenmann, nous devons apprendre à nos lecteurs que notre confrère allemand a payé de quinze années de détention son zèle pour le développement des libertés publiques de son pays. Nous devons ajouter que nous devons la traduction de ces lettres à son compatriote M. le docteur A. Martin, à qui elles sont adressées. (*Note du Rédacteur en chef.*)

dut réparer par une compression soutenue les torts qu'elle avait eus envers sa sœur. Un jour, en voulant enfoncer en terre un petit pieu, je me donnai un si violent coup de marteau sur l'ongle du pouce gauche qu'au moment même il s'y fit une ecchymose. Aussitôt j'enroulai un peu fortement une ficelle autour de la dernière phalange du pouce, ce qui porta la douleur que je ressentais déjà, à un degré presque insupportable ; je m'efforçai néanmoins de la supporter, parce que j'étais curieux de voir quels seraient les résultats de la compression, et que j'espérais arriver à conserver l'ongle par ce moyen. En effet, la douleur ne tarda pas à s'apaiser, et au bout de trois minutes elle avait complétement cessé; alors je pus enlever la ficelle sans que la douleur reparût. Il est vrai qu'il y avait sous l'ongle une forte ecchymose, qui ne disparut qu'au bout de quelques mois, avec l'accroissement successif de l'organe, mais elle ne me gênait nullement, et, à l'exception de la coloration rouge foncé du corps de l'ongle, le pouce ne présentait rien d'anormal et fonctionnait parfaitement.

Les bons effets de la compression dans les cas de piqûres d'abeilles ou de guêpes ne sont pas moins satisfaisants ; j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois : la douleur disparaît rapidement, et la tuméfaction consécutive ne peut pas se développer. Ce résultat est d'autant plus remarquable que l'on admet généralement que ces insectes sécrètent un liquide âcre et corrosif qui, en pénétrant dans la piqûre, la rend si douloureuse et occasionne la tuméfaction des téguments. La compression employée à temps prévient donc aussi les inflammations produites par des causes spécifiques.

Dans le temps où je m'occupais de ces expériences, un médecin de Hambourg préconisait les bons résultats qu'il avait obtenus dans le traitement des maladies inflammatoires des testicules par l'emploi d'un bandage compressif au moyen de bandelettes agglutinatives; mais comme les indications pour l'emploi de ce moyen n'avaient pas été bien précisées, et qu'en général l'idée première qui avait guidé notre confrère n'avait pas été bien comprise par beaucoup de médecins, les résultats obtenus ultérieurement étaient tout à fait contradictoires. La raison en est bien simple; il importe avant tout de distinguer les différentes périodes dans lesquelles ces maladies se présentent à l'observation : tantôt il s'agit d'une orchite à son début, tantôt il y a déjà exsudation dans les tissus, et il est évident que le traitement doit se modifier suivant chaque cas particulier. Ajoutez à cela que souvent on rencontre des affections du testicule qui ne proviennent pas d'un travail inflammatoire, mais

qui sont formées par des tissus hétérogènes de nouvelle formation, et, dans ces cas, la compression est presque toujours impuissante.

Il y a quinze ans environ, je lus dans un journal de médecine français, que des brûlures du premier degré guérissaient rapidement lorsqu'on les badigeonnait avec une solution concentrée de gomme arabique, et bientôt après j'eus occasion de vérifier le fait. Quelques gouttes de cire à cacheter encore brûlante m'étant un jour tombées sur la face dorsale du médius de la main gauche, aussitôt une phlyctène commença à se former, et, dans ce moment, j'y appliquai une solution de gomme. La douleur disparut promptement, et la phyctène ne se développa pas davantage; au contraire, elle semblait plutôt diminuer. Il était tout naturel de supposer que, de même que la compression, la solution gommeuse pourrait être employée avec succès, non-seulement dans les cas de brûlure, mais encore dans toute espèce d'inflammations, et de nombreuses expériences ont prouvé, de la manière la plus éclatante, la justesse de cette idée. Je m'en suis servi pour guérir des brûlures considérables, des inflammations traumatiques, avec ou sans solution de continuité, des piqûres d'abeilles et de guêpes, des ulcères, des éruptions cutanées, etc., et je la regarde comme un véritable trésor, dont chaque famille devrait toujours avoir une petite provision. M'étant un jour enfoncé une petite épine dans le médius de la main gauche, je me contentai d'y appliquer une solution de gomme sans retirer l'épine, et je répétai cette application pendant plusieurs jours, chaque fois que je me lavais les mains. Dès le premier pansement, la douleur disparut sans revenir, et il n'y eut pas de trace d'inflammation; l'épiderme et le derme paraissaient devenir plus secs qu'ils ne le sont à l'état physiologique, et finirent par prendre l'aspect du parchemin; et, au bout de quelques jours, l'épine tomba spontanément. Vous voyez que, dans ce cas, l'emploi de la solution gommeuse a prévenu l'inflammation, malgré la présence du corps étranger, dont l'action irritante aurait nécessairement dû provoquer un état inflammatoire. Cette observation est intéressante à plus d'un titre : d'abord elle nous montre d'une manière bien évidente qu'une cause morbifique externe, par son action seule sur l'organisme, ne constitue pas encore un état pathologique, mais qu'il faut de plus, pour cela, certaines conditions subjectives; en second lieu, nous voyons qu'il est possible de combattre des maladies par des moyens qui ne s'adressent point directement à la cause morbifique, mais qui rendent l'économie ou un tissu quelconque pour ainsi dire insensible à l'action de

cette cause [1]. La proposition que je viens de formuler acquiert plus d'importance encore par la circonstance que nous pouvons rarement combattre la cause morbifique d'une manière directe, et établir ainsi un mode de traitement rationnel quant à l'étiologie de la maladie.

Le collodion rend les mêmes services que la solution gommeuse; je ne voudrais cependant pas rejeter cette dernière comme superflue, d'abord parce qu'elle se conserve mieux que le collodion, qui s'évapore même dans des fioles bien bouchées, et ensuite parce que ce dernier, appliqué sur des endroits dénudés de l'épiderme, cause une douleur très-vive. En outre, il est toujours très-facile d'enlever la couche de gomme qui se forme sur le point malade, avantage que ne présente pas le collodion. Du reste, on peut réunir les avantages des deux moyens, en appliquant d'abord la solution gommeuse, et plus tard le collodion.

De quelle manière ces deux moyens agissent-ils ? Un illustre médecin français a prétendu que le collodion avait une action antiphlogistique, en préservant les tissus enflammés du contact de l'air atmosphérique, car il admet que dans toute inflammation il y a combustion, ce qui ne peut avoir lieu sans la présence de l'oxygène. Je ne puis partager cette manière de voir, et voici pourquoi : d'abord nous voyons souvent des phlegmasies dans des organes qui sont absolument inaccessibles à l'air atmosphérique, comme l'encéphale, le foie et autres; en second lieu, si l'opinion du savant français était fondée, une couche de graisse appliquée sur les tissus enflammés rendrait les mêmes services que le collodion, ce qui n'est pas le cas, comme vous savez. Voici de quelle manière je m'explique l'action antiphlogistique de la solution gommeuse et du collodion : l'évaporation de ces liquides exerce une influence incontestable sur

---

(1) Voici, en général, les indications que doit remplir la thérapeutique :

1° S'opposer à l'action nuisible de la cause morbifique en détruisant cette dernière soit par des agents chimiques ou par des moyens mécaniques, soit en l'éliminant de l'organisme ;

2° Mettre l'économie ou un tissu quelconque dans des conditions telles que l'action de la cause morbifique ne puisse être que très-faible ou qu'elle soit tout à fait nulle ;

3° Combattre un état morbide donné qui déjà est devenu indépendant de la cause morbifique (méthode altérante) ;

4° Détruire ou évacuer des produits morbides pour en prévenir la réaction sur l'organisme ;

5° Ramener à l'état normal, par l'emploi de moyens mécaniques ou dynamo-mécaniques, les organes qui sont le siége de lésions anatomiques. E.

l'inflammation, et tout praticien expérimenté connaît les bons résultats que les Anglais retirent de l'emploi des lotions qu'ils mettent si souvent en usage, à l'effet d'abaisser la température de la peau. Quelle est la part qu'il faut faire dans ces résultats à l'électricité qui devient libre par le fait de l'évaporation et au froid qui en provient? Je me borne à poser ces questions sans chercher à les résoudre, d'autant plus que certainement l'évaporation n'est pas la cause principale des effets obtenus par l'emploi de ces lotions, quoique je ne veuille pas nier qu'elle n'y puisse contribuer. Une deuxième circonstance dont il faut tenir compte est celle-ci : en séchant sur la peau, la solution gommeuse et le collodion se contractent, et exercent par là une compression sur les tissus. Si vous vous appliquez une couche de ces liquides sur une surface un peu étendue de la peau, vous sentirez que, dès que la dessiccation s'opère, il se produit une tension parfaitement appréciable. C'est pour cette raison que j'ai parlé de la gomme et du collodion, en vous entretenant des effets de la compression mécanique, car j'ai cru devoir ranger dans la même catégorie ces deux espèces de moyens thérapeutiques.

Il me reste encore à rechercher de quelle manière la compression prévient le développement de l'inflammation. Deux motifs peuvent y contribuer : ou la compression engourdit les nerfs sensitifs et s'oppose de cette manière au spasme qui produit la dilatation des vaisseaux capillaires, ou bien elle prévient d'une manière purement mécanique la dilatation des capillaires, soit en gênant l'afflux du sang, soit en s'y opposant tout à fait, et enfin ces deux effets peuvent avoir lieu simultanément.

Depuis trente ans, j'ai souvent eu occasion d'apprécier les effets salutaires du chlore dans le traitement des exanthèmes aigus ; j'avais vu M. Schœnlein s'en servir avec succès dans le traitement de la scarlatine, et depuis j'ai étendu son usage à l'érysipèle, à la rougeole et à la variole [1]. Comme il y a dans toutes ces affections un état inflammatoire, ou, si vous aimez mieux, un état d'hypérhémie plus ou moins prononcé, j'ai été amené à regarder le chlore comme un excellent moyen antiphlogistique local. J'ai cependant négligé de l'employer dans les inflammations externes, notamment dans celles de nature traumatique, me contentant de la solution gommeuse dont l'action ne me faisait jamais défaut. En outre, je vous avoue qu'alors j'envisageais le chlore à un point

[1] Les effets remarquables du chlore dans la variole feront le sujet de ma troisième lettre. E.

de vue assez restreint : je ne le regardais que comme un désinfectant sûr, et je croyais que son action antiphlogistique dépendait de ce qu'en détruisant les causes morbifiques chimiques et les principes contagieux, il en prévenait d'une manière médiate les effets rétroactifs. Je n'en connaissais pas encore les effets salutaires dans les inflammations franches ou traumatiques, je savais seulement qu'il était aussi efficace contre les piqûres d'abeilles et de guêpes que la compression, la gomme, l'ammoniaque, l'iode.

En 1834, j'expérimentai le chlore dans le traitement de l'inflammation furonculeuse. Pour des raisons dont je n'ai pas à m'occuper ici, je prenais alors des bains tièdes au sulfate de zinc; le premier effet qu'ils produisirent fut l'éruption d'un exanthème vésiculeux sur le scrotum et la peau des parties voisines, qui me causait un prurit considérable. Cessant aussitôt l'usage de ces bains, j'attendis que l'exanthème se fût dissipé, et je me lotionnai alors seulement les bras et la partie supérieure du tronc avec une solution de sulfate de zinc, en prenant toutes les précautions pour préserver les parties génitales du contact du médicament, car j'étais curieux de savoir si le sulfate de zinc, appliqué sur d'autres parties du corps, agirait néanmoins sur le scrotum. On observe quelquefois des effets analogues à la suite de l'emploi du tartrate de potasse et d'antimoine, du sumac vénéneux et de quelques autres moyens thérapeutiques. Après avoir continué ces lotions pendant quelques jours, je vis reparaître, au scrotum et dans le voisinage, le même exanthème vésiculeux, accompagné de démangeaisons tout aussi vives que la première fois, et j'étais bien sûr cependant que pas une goutte de la solution de sulfate de zinc n'avait été répandue sur les parties génitales. Les autres régions du corps ne présentaient aucune trace d'éruption ; en revanche, il se développa une diathèse furonculeuse remarquable : successivement, il se forma sur toutes les parties du corps un grand nombre de furoncles, de sorte que, pendant quelques mois, j'en avais toujours plusieurs à la fois ; tous suivirent régulièrement leur évolution bien connue. Le célèbre chirurgien de Walther, qui venait souvent me voir dans ma prison, et auquel je fis voir quelques-unes de ces tumeurs, me dit que c'étaient de véritables furoncles, et quand je lui parlais d'en arrêter le développement, il me déclara que c'était chose impossible. Nous choisîmes alors, pour faire cette expérience, deux furoncles qui commençaient à se développer sur les avant-bras : l'un d'eux, abandonné à lui-même, parcourut régulièrement toutes ses phases, tandis que l'autre, sur lequel j'appliquais des compresses imbibées d'une solu-

tion de chlorure de chaux, diminua bientôt de volume, et ne tarda pas à disparaître. A partir de là, je traitais de la même manière tous les furoncles, dès qu'ils commençaient à se développer, et le succès a toujours été constant.

L'observation suivante, que je résumerai autant que possible, n'est pas sans présenter un certain intérêt.

Un employé de la conciergerie de Munich, autrefois trompette dans un régiment de cavalerie, avait reçu de son cheval un violent coup de pied dans le côté gauche du thorax. Un épanchement pleurétique s'étant formé, le professeur de Walther pratiqua la thoracentèse et donna une issue à une grande quantité de liquide purulent ; l'ouverture devint fistuleuse, et il y eut même communication avec une bronche, ce dont on pouvait se convaincre en approchant de l'ouverture la flamme d'une bougie. Peu à peu, l'écoulement purulent devint plus considérable, et quand je vis le malade pour la première fois, il présentait l'état suivant : expectoration abondante d'une matière purulente très-fétide, amaigrissement extrême, fièvre hectique; il répandait une odeur insupportable, et n'avait plus, selon toutes les apparences, que quelques semaines à vivre. Avec l'autorisation du docteur Seiler, médecin de la prison, je lui fis prendre, par jour, à peu près un tiers de litre d'une solution de chlorure de chaux, en même temps j'en injectais dans la fistule, et ces injections, à notre grand étonnement, ne lui causaient pas la moindre incommodité. Le résultat de ce traitement fut encore plus surprenant : au bout de quelques jours, la suppuration diminua notablement, la mauvaise odeur et la fièvre hectique disparurent, et, environ quinze jours après, la suppuration avait complétement cessé. Le trajet fistuleux se rétrécit de plus en plus, sans pourtant se fermer tout à fait, ce qui n'empêcha pas notre malade de revenir à un état de santé si florissant, qu'il put accepter une place de collecteur de loterie à la campagne. J'ai su plus tard, et le docteur Seiler m'a également confirmé le fait, qu'il s'était marié, avait des enfants bien portants, et qu'aux jours de fête il exécutait sa partie de cor dans l'orchestre des bals.

Dans plusieurs cas de blennorrhagie virulente, enfin, j'ai donné à l'intérieur une faible solution de chlorure de chaux, et les résultats ont été aussi prompts qu'incontestables : la douleur diminuait progressivement et l'écoulement disparaissait en peu de jours.

Voilà ce que j'avais à vous dire sur l'action antiphlogistique du chlore.

En 1838, M. John Davies, publia dans ses *Selections on patho-*

logy and surgery, les heureux résultats qu'il avait obtenus par l'emploi local de la teinture d'iode et des solutions iodurées [1].

Il les avait mises en usage dans le traitement des affections suivantes : érysipèle, phlegmon, sphacèle diffus du tissu conjonctif, inflammation aiguë des articulations, mastite chez les femmes, goutte, tumeurs articulaires, lymphangite, pustule maligne, lupus, ulcères de mauvaise nature de la langue et des amygdales, engorgement scrofuleux des ganglions, panaris, engelures, plaies par contusion et par lacération, brûlures au premier et au second degré, ulcères de toute espèce, et il en avait toujours obtenu de remarquables résultats. Les applications topiques de l'iode enrayaient la marche des inflammations ; employées à temps, elles prévenaient la suppuration dans les cas qui ont une tendance à cette terminaison, et, lorsqu'elle s'était déjà établie, elles la limitaient, diminuaient singulièrement la douleur et faisaient aboutir plus promptement les abcès. Selon le degré de sensibilité de la peau, M. J. Davies employait la teinture d'iode faible ou forte. Il se sert de préférence de cette dernière dans les inflammations qui ont leur siége sous la peau, par exemple dans la mastite chez les femmes. Ce n'est que dans les phlegmasies articulaires qu'il applique la teinture faible, après avoir eu recours à des émissions sanguines locales, si les circonstances l'exigent.

Moi, de mon côté, j'ai fréquemment employé la teinture d'iode, et je puis confirmer de la manière la plus positive toutes les assertions de M. J. Davies. Elle a une action énergique et puissante qui jugule l'inflammation, et qui devient surtout évidente dans la mastite des femmes et les panaris où son application fait rapidement disparaître la douleur et prévient la suppuration. J'en ai également retiré de très-beaux effets dans la périostite rhumatismale aiguë et chronique. Dans ces dernières années, on l'a appliquée avec le plus grand succès sur les pustules varioliques de la figure.

---

[1] Voici les formules de M. John Davies :

Teinture d'iode faible.

Iode	1,00
Alcool	30,00

Teinture d'iode forte.

Iode	2,00
Alcool	30,00

Solution iodurée pour lotions et fomentations.

Iode	0,40
Iodure de potassium	1,60
Eau	120,00

Faites dissoudre et ajoutez de 4 à 8 parties d'eau.

Je ne crois pas devoir vous entretenir plus longtemps des beaux résultats que j'ai obtenus par l'application topique de la teinture d'iode, par la raison que ce n'est pas moi qui le premier en ai découvert la vertu thérapeutique; j'ai dû en parler cependant pour mieux faire comprendre le présent travail.

Un troisième médicament de cette catégorie est l'ammoniaque, dont la propriété curative a été brillamment éprouvée contre les piqûres d'insectes et les engelures. Dans un cas de glossite, où la langue était tuméfiée au point de faire craindre à tout moment la mort par suffocation, des douches de vapeurs d'ammoniaque liquide étendue d'eau, employées pendant deux heures, provoquèrent une sécrétion très-abondante de l'organe malade et amenèrent une diminution notable du gonflement inflammatoire. Si, pour le moment, la science possède encore si peu de faits qui parlent en faveur de l'action antiphlogistique de l'ammoniaque, la raison en est que cette propriété était trop peu connue, et que par conséquent le médicament n'a été que rarement employé.

Nous possédons donc, en opposition avec les moyens antiphlogistiques, agissant d'une manière plus mécanique, une série d'agents thérapeutiques dont le mode d'action paraît plutôt être dynamique. Ces derniers moyens, et ce point mérite d'être signalé, de même que ceux de la première série (compression, gomme, collodion), combattent l'inflammation, quelle que soit la cause qui l'ait provoquée. Qu'elle ait une origine traumatique ou miasmatique, qu'elle soit produite par l'action d'un principe contagieux ou délétère, il est hors de doute que le chlore et l'iode, et probablement aussi l'ammoniaque, en arrêtent le développement ultérieur ou en diminuent au moins l'intensité, et contribuent à en abréger notablement la durée.

Pour arriver à connaître la véritable cause de ces résultats, il importe, avant tout, d'étudier les caractères anatomiques des tissus et les modifications qu'ils doivent nécessairement subir pour que l'inflammation puisse s'y développer. On ne saurait se faire une idée juste de l'inflammation [1], si l'on n'y rattachait en même temps celle de la dilatation des vaisseaux capillaires et des petites artérioles. Nous disons qu'il y a inflammation toutes les fois que la circulation s'est arrêtée plus ou moins complétement dans les vais-

[1] Ici je ne fais pas de distinction entre l'inflammation et l'hypérhémie, car la première ne diffère de la deuxième que par le degré d'intensité, et il est impossible de préciser où finit l'hypérhémie et où commence l'inflammation. E.

seaux capillaires dilatés, et qu'à la suite de cette stase il se fait un travail d'exsudation à travers les parois vasculaires. Quant à la manière dont cette dilatation des vaisseaux s'effectue, les opinions sont partagées et s'appuient principalement sur deux théories : la théorie dynamique et la théorie mécanique.

La théorie dynamique qui, tout récemment encore, a retrouvé des défenseurs, admet que dans l'inflammation il y a attraction plus forte entre lo sang et la substance des tissus enflammés, à la suite de laquelle le sang circule plus lentement dans les capillaires, s'y accumulo, les dilate, et que la dilatation des petits artérioles n'est que la conséquence mécanique de la stase qui a lieu dans les capillaires. Cette théorie est plausible à plus d'un point de vuo, et si l'on ajoute que l'attraction plus forte entre le sang et le tissu en question peut être la conséquence non-seulement d'une irritation de ce tissu, mais encore de certaines altérations du sang lui-même, on pourra expliquer aisément bien des phénomènes. Il faudra notamment l'admettre jusqu'à un cortain point, pour oxpliquer cortaines inflammations d'organes qui n'ont que des vaissoaux lymphatiques, comme la cornée; car l'inflammation de cet organe, qui provient de l'irritation do ses parties centrales, admot difficilement une explication mécanique. La théorie dynamique n'a pas la prétention d'expliquer toutos les espèces d'inflammations, elle no veut le faire que par rapport aux hypérhémies ou inflammations qui ont le caractère de l'irritation.

La théorie mécanique admet que la dilatation des vaisseaux s'effectue par l'entremise des nerfs vasomoteurs : pour elle, cette dilatation constituc le moment primaire dont l'action morbide réciproque entro le sang et la substance des tissus n'est que la conséquence. Cette théorie trouve sa raison d'être, on partie du moins, déjà dans la circonstanco que l'influence exercée par les norfs, notamment par les nerfs rachidiens, sur la dilatation et la contraction des vaisseaux est un fait acquis à la science, et que toute fonction organique peut être modifiée d'une manière morbide. Avant de vous exposer les différentes opinions sur la manière dont la dilatation morbide des petits vaisseaux s'effectue, permettez-moi d'observer qu'on accorde aux vaisseaux non-seulement des nerfs moteurs ou à action centrifuge, mais aussi des nerfs sensitifs ou à action centripète, et qu'en effet l'expérience et l'analogie parlent également en faveur de cette supposition. Dans ces derniers temps, des observateurs ont prétendu que les vaisseaux les plus déliés recevaient, comme le cœur, des filets nerveux venant de l'axe cérébro-spinal et du grand sympathique. Cette

opinion pourrait être fondée également, bien que nous ne connaissions pas encore d'une manière positive les fonctions de ces divers ordres de nerfs, et qu'il nous reste encore à résoudre la question de savoir si, comme le croit M. Virchow, les nerfs cérébro-spinaux sont destinés à modérer ou à régulariser l'action des nerfs sympathiques.

Admettons maintenant l'existence de nerfs vasculaires centripètes et centrifuges, et passons en revue les différentes opinions qui ont été émises :

1° Une cause morbifique quelconque agit sur les nerfs vasculaires centripètes, et provoque par leur entremise un état spasmodique dans les nerfs vasculaires centrifuges. Ce spasme occasionne la contraction des artérioles et, par conséquent, un arrêt de la colonne sanguine artérielle. En raison de la force de résistance que possèdent les parois des artères plus grosses, et de l'action du cœur, qui devient plus énergique à la suite de cet arrêt dans la circulation, la pression latérale du sang dans les petits vaisseaux s'accroît nécessairement et finit par surmonter le spasme ; la colonne sanguine s'y précipite alors avec plus de vigueur et les distend, sans toutefois leur faire perdre la force absolue de résistance. L'état spasmodique des nerfs vasomoteurs continue à subsister, seulement les parois des artérioles ne peuvent plus opposer une résistance proportionnée à la pression plus forte du sang ; elles réagissent contre elle, mais elles sont relativement impuissantes. D'après les lois de l'hydraulique, cette dilatation ou distension des vaisseaux doit nécessairement entraîner un ralentissement de la circulation.

Une autre manière de voir est celle-ci : l'agent pathogénique n'exerce pas une action irritante sur les nerfs vasomoteurs, mais il les paralyse en les surexcitant, et produit ainsi immédiatement, et sans contraction préalable, la dilatation de petits vaisseaux (inflammations asthéniques). Ce phénomène aussi peut cependant être expliqué par l'action des nerfs vasculaires sensitifs : nous savons que la surexcitation des nerfs sensitifs peut produire le relâchement des nerfs moteurs. En dernier lieu, enfin, cet état peut se changer en véritable paralysie, et dans ce cas il y aura gangrène. J'ai soutenu cette manière de voir, il y a vingt ans environ.

2° M. Henle explique les phénomènes de l'hypérhémie et de l'inflammation par un état d'antagonisme entre les nerfs vasculaires sensitifs et moteurs, en ce qu'une irritation ou une excitation des premiers provoquerait le relâchement ou la paralysie des derniers.

3° M. Virchow admet que dans les artères les plus déliées, de

même que dans le cœur (et par rapport à ce dernier organe les expériences de M. Weber ont constaté le fait), il y a un état d'antagonisme entre les nerfs spinaux et les nerfs sympathiques, et que, par conséquent, l'irritation des nerfs vasculaires spinaux provoque la relaxation des nerfs vasculaires sympathiques.

Vous sentez bien, mon cher ami, que je n'ai pas la prétention de vouloir décider entre ces théories ; mais quelle que soit celle que l'on adopte, toujours est-il que la dilatation et la distension des vaisseaux les plus déliés se présentent, sinon comme l'élément fondamental, du moins comme un moment essentiel de la phlegmasie; et un moyen thérapeutique, destiné à modérer ou à supprimer l'inflammation, doit agir principalement contre cette dilatation des vaisseaux. On peut atteindre ce but de deux manières : 1° en neutralisant ou en éloignant la cause occasionnelle de l'inflammation, si elle existe encore ; 2° en agissant d'une manière directe sur le mécanisme de la dilatation vasculaire. EISENMANN,

D. M. à Wurtzbourg (Bavière).

(*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Epidémies et Ephémérides, traduites du latin de GUILLAUME DE BAILLOU, célèbre médecin du seizième siècle, doyen de la Faculté de Paris, avec une introduction et des notes, par M. PROSPER YVAREN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, médecin des épidémies, etc.

Il y a quelques années, M. le docteur Boucher nous a donné une traduction d'une partie des œuvres de Baglivi : plus récemment, M. Emile Chauffard a également traduit en français le *Traité des Fièvres et des maladies exanthématiques fébriles* de Borsieri. Voici venir maintenant M. Yvaren, qui enrichit la littérature médicale d'une traduction française des *Epidémies et Ephémérides* de Baillou : ce sont là, à coup sûr, des travaux très-méritants, et dont la critique doit savoir gré à leurs savants auteurs. Assez longtemps ces illustres médecins ont vu leur gloire éclipsée, parmi nous surtout : et c'est justice que de les remettre en lumière, et de protester ainsi contre une aveugle proscription. Cependant, cette justice une fois rendue à l'intention louable de nos laborieux confrères, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander s'il était nécessaire, pour arriver au but qu'ils poursuivent, de traduire *in extenso* les divers ouvrages que nous venons d'indiquer. Nous aussi, nous

aimons l'histoire de la science ; nous aussi, nous sommes convaincu que tout n'est point scories dans les volumineuses élucubrations du passé; nous aussi, nous pensons qu'il y a bénéfice pour la science à ressaisir ainsi les fils de ces traditions violemment brisées ; mais nous nous demandons en même temps si la marche suivie par nos auteurs est la meilleure pour arriver au but, et s'il n'y aurait pas un moyen et plus sûr et plus simple à la fois d'accomplir l'œuvre de sage et utile restauration qu'ils se proposaient. Pour nous, cette question, il y a longtemps que nous l'avons résolue, et nous sommes persuadé que Baillou, surtout aux yeux de ceux auxquels cette traduction s'adresse, verra pâlir un peu l'auréole dont, à juste titre, la saine tradition a entouré son front illustre, en le montrant ainsi sans le voile qui le place dans le milieu même où il vécut.

Bordeu déjà se moquait un peu de ces petites histoires sur les bourgeois de Paris, qu'il trouvait trop étranglées pour être utiles : quoi qu'en dise M. Prosper Yvaren, Bordeu avait raison; mais cette critique lui eût paru bien plus juste encore, s'il eût vu ces petites histoires traduites en français, et en bon français du dix-neuvième siècle. Baillou avait compris l'importance de l'observation : c'est là sa gloire; il s'efforça d'affranchir la pratique de la polypharmacie confuse à laquelle avaient successivement conduit une foule de théories sans racines dans les faits, et, par là, il a bien mérité de l'humanité ; mais son observation est presque toujours fort incomplète, et il y mêle souvent des vues spéculatives qui lui sont propres, ou qu'il emprunte à Hippocrate, et surtout à Galien, et qui lui font manquer la vérité. Nous ne savons pas si M. Yvaren a été plus heureux que nous, et s'il a souvent saisi, à travers le voile peu transparent de ces théories, la physionomie vraie, le caractère positif des maladies dont Baillou trace les histoires dans son livre : pour nous, nous avouerons en toute humilité que ce diagnostic rétrospectif, s'il veut être un peu précis, nous est souvent impossible. Un trait de lumière paraît, il est vrai, çà et là, qui laisse pressentir la vérité; mais l'ombre arrive de suite qui vous jette dans une obscurité complète.

Ce que nous venons de dire là, qu'on n'aille pas s'en faire un argument pour contester à l'illustre médecin du seizième siècle la place qui lui appartient dans l'histoire de la médecine : nous nous sentons fort peu de goût pour les iconoclastes, mais nous n'aimons pas davantage le fétichisme. Si l'on juge Baillou en face du courant d'idées contre lesquelles il réagit souvent avec bonheur, il est

homme de progrès, et l'on salue en lui un des précurseurs de la science moderne, dont il pressent quelques-unes des plus remarquables découvertes ; mais on ne voit pas de quelle utilité il peut être pour la pratique de populariser par une traduction française des travaux qui, après tout, ne sont que d'incomplètes ébauches, et que tous ceux qui ont raison de s'en inquiéter peuvent lire dans un texte qui ne saurait être lettre close pour eux. Le latin n'est pas encore devenu pour nous une des variétés du sanscrit.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, que nous comprenions autrement que M. Yvaren le but qu'il semble s'être proposé, en nous donnant cette traduction de Baillou. Qu'on nous permette de dire en deux mots notre pensée à cet égard. Il y a dans cet auteur, comme dans une foule d'autres que nous pourrions citer, un certain nombre d'observations vraies et de remarques justes qui ont été, et qui seront éternellement la sagesse de l'art. Si l'on veut épargner aux médecins la peine de les y chercher, et leur éviter la mauvaise fortune de ne les y pas découvrir, que, dans une simple notice bibliographique, comme Dezeimeris et d'autres en ont donné d'excellents modèles, on reproduise ces observations, on mette en lumière ces remarques. Il y aurait à cela plus d'un avantage : d'abord, cette critique judicieuse montrerait des faits que nos théories modernes, qui ne sont certes pas le dernier mot de la science, ne nous ont peut-être pas permis de saisir, bien que nous ayons en main des procédés d'observation beaucoup plus complets ; et puis, quand il s'agit d'une intelligence aussi élevée que celle de Baillou, le sens donné à ces faits peut ouvrir à l'esprit des horizons imprévus, et c'est encore là une manière de servir la science. Il y a dans la littérature médicale une foule d'ouvrages volumineux qu'on ne lit pas, ou qu'on ne lit guère, et à propos desquels un travail de ce genre ne serait pas assurément une œuvre vaine. Il en serait ainsi, par exemple, des œuvres de Stahl, de Sennert, de Van Swieten, de de Haen, etc., où un glaneur intelligent recueillerait à coup sûr une foule d'observations pleines d'intérêt. Nous ne sommes pas si dédaigneux du passé, que déjà ce travail n'ait été fait et ne se fasse encore tous les jours ; mais nous voudrions que ce dépouillement, cet *excerpta* se fît plus méthodiquement, et qu'il devînt comme un annuaire de la science du passé. Les historiens, les grands historiens de la science médicale, entre autres buts se sont proposé celui-ci : l'ont-ils atteint ? Nous ne le croyons pas. Il faudrait pour un travail de cet ordre des hommes plus modestes, qui n'eussent pas de théories à soutenir, qui prétendissent plus à être vrais que

nouveaux. Il faudrait des hommes comme M. Yvaren, comme MM. Chauffard et Boucher qui, puisqu'ils ont la patience de traduire, auraient certainement la patience de chercher.

Quelle que soit la fortune de cette idée que nous livrons sans plus de commentaires à la réflexion de nos lecteurs, nous n'en remercierons pas moins M. le docteur Yvaren de sa bonne et élégante traduction. Relier ainsi le présent au passé, c'est faire une œuvre essentiellement scientifique, dans la plus rigoureuse et la plus philosophique acception du mot. Baillou ne l'ignorait pas, et il a exprimé cette pensée sous une forme qui mérite d'être reproduite ; ce sera la conclusion logique de cet article : « Puisque la nature, dit l'illustre médecin du seizième siècle, n'a pas tout confondu dans une uniformité générale, et qu'elle a établi des âges par lesquels les hommes se distinguent les uns des autres, comme les personnages dans les actes successifs d'une comédie, elle a donc voulu, par les rapports qu'elle a établis entre les générations, que les premiers nés, comme façonnés par l'usage des choses, et instruits par la marche du temps, transmissent à leurs descendants une partie de ce qu'ils ont vu, appris, observé, afin que, toujours appliquée à cette œuvre, la postérité l'accroisse, *la diminue*, l'améliore, la perfectionne ou y introduise de nouvelles découvertes. Manquer à cette tâche, c'est, pour l'homme, se dépouiller de la faculté qui le rapproche le plus de Dieu. Il n'y a dès lors plus de raison de le distinguer et de le mettre au-dessus de ces troupeaux, qui n'ont d'autre loi que l'assouvissement de leur faim. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation de cal difforme, traité avec succès par des perforations sous-cutanées. — Dans le courant de l'année 1853, un professeur de l'Ecole de médecine de Chicago (Illinois), M. le docteur Brainard, est venu lire à la Société de chirurgie un mémoire sur un nouveau mode de traitement des fractures mal consolidées ou non consolidées. Ce nouveau mode consistait à provoquer l'inflammation des parties à l'aide de perforations sous-cutanées, afin, dans l'un des cas, de pouvoir redresser le cal difforme, tandis que, dans l'autre, l'irritation provoquerait la sécrétion osseuse. Quoique les conclusions émises par notre confrère américain reposassent seulement sur des résultats d'expériences pratiquées sur des chiens, nous n'avons pas hésité à appeler l'attention des chirurgiens sur ces ten-

tatives, en publiant une partie de son travail et celle des figures qui représentait le procédé opératoire formulé par l'auteur [1]. Fidèle à la promesse qu'il avait faite à la Société de lui communiquer les résultats de ses essais cliniques, M. le docteur Brainard vient de lui adresser l'observation du premier malade auquel il a cru pouvoir appliquer sa méthode. Avant de reproduire ce fait, ainsi que les réflexions dont l'auteur l'a fait suivre, nous devons dire que les perforations sous-cutanées ont été essayées sans succès par M. Guersant sur une petite fille de quatre ans, placée dans son service à l'hôpital des Enfants malades. Cette enfant, d'une constitution lymphatique, présentait une fracture non consolidée du tiers inférieur de la jambe. Trois fois M. Guersant mit en œuvre le procédé de M. Brainard, sans pouvoir exciter l'inflammation des parties. A en juger par l'observation suivante, les perforations sous-cutanées appliquées au traitement des cals difformes auraient une action moins contestable. Voici le fait :

Obs. Le 15 mai 1858, un robuste garçon âgé de trois ans me fut amené pour être traité d'une difformité de la jambe gauche.

Lorsqu'il n'avait que trois mois, ce garçon avait fait une chute violente des bras de sa mère, et la conséquence en avait été la fracture des os de la jambe; comme l'enfant était trop jeune pour marcher et que les parents étaient extrêmement ignorants, on avait fait peu d'attention à la blessure, et l'on n'avait eu recours à aucun traitement. Ce ne fut que lorsqu'il fut plus âgé et qu'il essaya de marcher, que la gravité de la difformité devint apparente.

État présent. — La jambe gauche est de trois pouces plus courte que l'autre, et présente sur le devant, un peu au-dessus du milieu, une projection anguleuse. Lorsque l'enfant marche, la partie basse et antérieure du tibia repose sur la surface supérieure du pied. Il n'y a ni enflure ni sensibilité à l'endroit de la fracture.

Opération. — L'enfant ayant été mis sous l'influence du chloroforme, un instrument, que j'ai nommé *perforateur*, qui a 10 centimètres de diamètre, fut introduit dans deux différentes directions à travers le tibia, à l'endroit de la fracture et par une seule ouverture à la peau. Après que l'instrument eut été retiré, un morceau de sparadrap fut appliqué sur l'ouverture de la peau, et un léger bandage fut placé autour du membre. La jambe étant appuyée alors sur un lit ferme, j'essayai de rompre le cal avec mes mains, en y ajoutant presque tout le poids de mon corps. Il ne céda cependant pas du tout, et ne pensant pas qu'il fût prudent d'employer plus de force, je me désistai et j'ordonnai aux parents de maintenir le bandage imbibé d'eau froide.

L'inflammation qui suivit cette opération et les efforts faits pour redresser le membre furent considérables, et une rougeur érysipélateuse, s'étendant de la cheville au genou, se manifesta et dura plus d'une semaine. Il n'y eut pas de suppuration, et par le repos et l'application de lotions évaporables, l'inflamma-

---

[1] Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 330.

tion se dissipa. Au bout de dix jours, le 25 mai 1858, un autre essai pour redresser la jambe fut fait.

Quoique je m'attendisse à un changement favorable, je fus un peu surpris de trouver qu'une force très-modérée, appliquée par les mains, suffisait pour faire céder le cal. Une attelle en bois en forme de gouttière, garnie d'un coussin avec un appuie-pied, fut appliquée à la partie postérieure de la jambe et assujettie par un bandage roulé et aussi serré qu'il était possible de le supporter. Cette opération ne causa que très-peu de douleur. Le bandage fut replacé tous les trois jours d'abord, puis une fois par semaine pendant quatre semaines, et au bout de ce temps la jambe était tout à fait redressée, excepté une légère superposition des fragments. Durant cette partie du traitement, le jeune garçon marchait avec l'attelle et sans éprouver de peine. On recommanda aux parents d'appuyer tous les jours avec les mains sur la projection. Aujourd'hui, 25 août, plus de trois mois après l'opération, la jambe a l'apparence normale; l'attelle a été retirée, le jeune garçon marche bien, et la cure paraît complète.

Les moyens employés jusqu'à présent pour la guérison des difformités semblables à celles du cas ci-dessus présenté sont la section ou la résection du cal et l'extension soudaine ou graduelle. Je n'ai l'intention de faire aucune réflexion sur le mérite de ces modes d'opérer, que les membres de la Société de chirurgie sont en état d'apprécier; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ils sont tous violents et non sans danger, excepté le dernier, qui est insuffisant dans tous les cas qui ne sont pas récents.

La méthode que j'ai proposée, et qui se trouve corroborée par l'heureuse application que j'en ai faite dans le cas relaté ci-dessus, est fondée sur ce fait bien connu, que les os sont ramollis par l'inflammation. Dans le mémoire dont j'ai parlé, j'ai essayé de montrer que, par la perforation sous-cutanée et l'inflammation qui en résulte, les os sont tellement affaiblis qu'on peut les courber et les casser en partie, comme un rejeton de bois vert, sans beaucoup d'efforts. Le cas que je viens de rapporter démontre que ce principe est vrai pour le cal comme pour les os.

Les chirurgiens ont depuis longtemps senti le besoin de trouver un moyen de ramollir le cal difforme. L'usage des fomentations, des bains, des frictions, etc., est une preuve suffisante de ce fait. Le docteur Malgaigne, dans son ouvrage classique sur les fractures (p. 333), dit : « Une question assez importante est de savoir si l'art possède quelque moyen de ramollir le cal pour lui permettre de céder plus facilement; » et, après avoir cité les moyens ci-dessus énumérés et d'autres, il conclut qu'aucun d'eux ne mérite la confiance. C'est à ce besoin que j'espère suppléer par l'introduction d'un nouveau mode de traitement.

Comme conclusion, permettez-moi d'ajouter que je ne conseille

pas l'emploi de cette méthode danst ous les cas. L'âge, la bonne santé de mon patient et la situation superficielle du tibia (le seul os sur lequel le procédé a été opéré) étaient des circonstances favorables au succès. Cependant je ne laisse pas d'espérer que ce mode de traitement ne trouve son application dans une grande variété de cas considérés jusqu'à présent comme incurables, ou dans lesquels des opérations plus dangereuses étaient regardées comme nécessaires.

SUR QUELS SIGNES, AUX DIFFÉRENTES PÉRIODES DU CROUP, LES INTERNES DE L'HOPITAL DES ENFANTS FONT-ILS LA TRACHÉOTOMIE ? — En voyant les guérisons nombreuses obtenues à l'hôpital par les internes, tandis que la pratique des chirurgiens les plus expérimentés présente seulement des insuccès, M. Malgaigne avait émis la crainte que nos jeunes confrères ne se pressassent trop d'opérer, et que ce ne fût à cette intervention hâtive qu'on dût rapporter les résultats si différents fournis aujourd'hui par la trachéotomie. Quoique la partie du discours de M. Trousseau reproduite plus haut (p. 491) donne les véritables motifs des succès de l'opération, nous n'en croyons pas moins devoir reproduire la réponse des internes de l'hôpital des Enfants, car ce sont les résultats statistiques des croups traités dans cet établissement qui nous ont porté à maintenir la trachéotomie comme la ressource la plus incontestable dans la période ultime de la maladie.

Voici cette note :

« I. — Il importe de diviser le croup en trois périodes : une première période, ou période de croup confirmé ; une deuxième période, ou période de dyspnée progressive, avec accès de suffocation et asphyxie commençante ; une troisième période, ou période d'asphyxie confirmée.

« 1° Dans la première période, le larynx étant envahi par la fausse membrane, la voix et la toux se voilent, puis s'éteignent ; la dyspnée est peu marquée encore, et l'état général assez satisfaisant.

« Dans cette première période il n'est jamais question et il ne peut pas être question de pratiquer la trachéotomie.

« 2° La deuxième période a pour signes une respiration plus laborieuse encore, plus fréquente, avec sifflement laryngo-trachéal, dépression considérable du creux épigastrique, toux et voix éteintes, pouls fréquent, abattement avec somnolence, ou au contraire agitation continuelle.

« Lorsqu'un enfant est apporté à l'hôpital dans ces conditions,

l'interne de garde s'enquiert avec soin de la marche des accidents, et, quelle que soit la pression exercée sur lui par les parents ou le médecin du dehors, il n'opère pas immédiatement; mais il fait administrer aussitôt à l'enfant un vomitif exclusivement constitué par l'IPÉCACUANHA et non par l'ÉMÉTIQUE, dont l'effet est désastreux. Puis il surveille attentivement l'action du vomitif, qui a le plus souvent pour résultat de déterminer le rejet de mucus ou de fausses membranes et de diminuer ainsi d'autant la dyspnée. On gagne de la sorte quelques heures, pendant lesquelles l'interne observe l'enfant. Si l'état reste le même, l'interne temporise jusqu'à l'arrivée du chef de service; mais si l'interne voit, au contraire, la dyspnée s'accroître rapidement, les accidents généraux s'aggraver et des accès de suffocation fréquents et rapprochés se joindre à la dyspnée, c'est alors qu'il opère.

« 3° Dans la troisième période, il faut distinguer deux variétés : l'asphyxie avec cyanose et l'asphyxie avec pâleur.

« Dans l'une comme dans l'autre, les phénomènec de la deuxième période sont arrivés à leur maximum d'intensité.

« Seulement, dans le cas d'asphyxie avec cyanose, il y a turgescence de la face avec coloration violacée; les lèvres sont bleuâtres, les yeux humides et saillants, les veines du cou considérablement gonflées; le pouls est innombrable, la peau chaude et couverte de sueur, l'anxiété extrême, l'agitation considérable; et parfois alors, l'enfant se roidit comme dans un effort suprême.

« Tandis que, dans le cas d'asphyxie avec pâleur, la face est remarquablement livide, les lèvres pâles sont marbrées de violet, les yeux sont éteints et les pupilles dilatées; le corps, froid et couvert d'une sueur visqueuse, est dans une résolution complète; et le malade, presque cadavérisé déjà, indifférent à ce qui l'entoure, va s'éteindre bientôt. Même dans ce cas, l'anésthésie peut manquer, et ce signe perd ainsi toute valeur.

« Or, dans l'asphyxie avec cyanose, comme dans celle avec pâleur, l'interne de garde opère immédiatement.

« II. — Les internes de l'hôpital des Enfants s'abstiennent, en raison de l'âge trop peu avancé du malade, de l'état d'intoxication manifeste ou de diphthérie généralisée.

« 1° *Age*. — Les internes n'opèrent pas les enfants âgés de moins de deux ans, et n'opèrent qu'avec répugnance les enfants qui ont de deux ans à deux ans et demi.

« 2° *Intoxication manifeste*. — Cet état se reconnaît à l'existence simultanée d'une pâleur livide, d'un engorgement des ganglions

sous-maxillaires, cervicaux et quelquefois parotidiens, avec tuméfaction générale du cou, par une infiltration séreuse indépendante de l'engorgement ganglionnaire. En même temps, l'haleine est infecte, le pouls remarquablement petit et misérable, et cependant les fausses membranes sont limitées au larynx et à l'arrière-gorge.

« 3° *Diphthérie généralisée.* — Dans ce cas on observe, indépendamment des phénomènes précédents, un coryza séreux avec fausses membranes derrière les oreilles, à la vulve ou à la surface des vésicatoires.

« Quand il y a intoxication manifeste ou diphthérie généralisée, la mort arrivant plutôt par le fait de l'infection de l'organisme que par celui de l'obstruction du larynx, les internes de l'hôpital N'OPÈRENT POINT. Il est, en effet, d'observation que la trachéotomie accélère alors la terminaison fatale plutôt qu'elle ne la retarde.

« III. — Les internes de l'hôpital des Enfants hésitent en raison des complications thoraciques, qui sont la pneumonie et la bronchite pseudo-membraneuse.

« 1° Quand l'opération est reconnue urgente, l'interne de garde recherche avec soin s'il y a pneumonie, et il opère si la pneumonie est simple et l'état général bon; il s'abstient si la pneumonie est double.

« 2° La bronchite pseudo-membraneuse est très-difficile à reconnaître, car elle n'a rien qui la différencie nettement de la bronchite simple. On a lieu de croire à son existence quand des fausses membranes tubulées et évidemment bronchiques ont été rejetées. Dans ce cas, l'interne de garde se guide, pour opérer, sur l'état général et l'âge du malade. La bronchite pseudo-membraneuse ne constitue pas une contre-indication formelle à la trachéotomie; on a vu, en effet, des malades trachéotomisés guérir après avoir expulsé des fausses membranes représentant les divisions bronchiques. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide chromique. *Son emploi dans certains cas d'ophthalmie granuleuse.* Malgré l'abus que l'on a fait des agents destructeurs dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse, malgré les résultats désastreux de ces médications désorganisatrices que l'on a eu de si fréquentes occasions de constater dans l'armée belge, où cette affection est si commune et si grave, comme chacun sait, M. le docteur Hairion, chargé du service de l'institut ophthalmique de l'armée, a cru devoir cependant préconiser récemment un agent de cette nature dans le traitement de certaines formes déterminées de granulations, et en particulier dans cette forme qu'il a lui-même décrite

sous le nom de *granulations inodulaires*, l'une des formes les plus rebelles et qui entraîne souvent après elle la cécité.

Voici, dans ce cas. quels sont les effets habituels de l'acide chromique :

Dès que l'acide chromique se trouve en contact avec le tissu de la conjonctive, celle-ci prend une teinte d'un beau jaune, qui se maintient pendant une heure environ : après quoi, cette teinte passe au brun ; mais, en même temps, on remarque que la coloration devient moins homogène. L'escarre formée par la combinaison du tissu avec l'acide chromique se désagrége, et, au bout de deux ou trois heures, quelquefois plus tard, on ne trouve plus aucune trace de l'escarre; mais, dans toute l'étendue occupée par celle-ci, la conjonctive palpébrale est recouverte d'une couche de lymphe plastique grisâtre, adhérente à la muqueuse. Cette couche disparaît elle-même après quelques heures, et dès lors la conjonctive se montre sous un aspect tout nouveau : elle est d'un rouge vif, piqueté de noir. Ces petits points, en nombre assez variable, sont formés par de petits caillots de sang qui répondent à l'ouverture des vaisseaux capillaires détruits par l'agent caustique. Si l'on enlève ces caillots, on voit apparaître de petites gouttelettes de sang qui se coagulent à leur tour et rendent à la conjonctive son aspect piqueté. Ces effets du caustique, quoique très-prompts, ne sont point accompagnés de douleurs vives, ni de réaction violente. L'impression que le malade éprouve au contact de l'acide chromique, avec ces tissus, est instantanée, et le malade la compare à celle qu'il ressent quand on scarifie les tissus. Cette sensation cesse après quelques minutes; le globe oculaire est à peine plus injecté qu'avant l'opération ; les paupières sont quelquefois un peu tuméfiées, mais ces effets ne s'étendent pas plus loin, et l'on peut dire qu'ils restent exclusivement bornés à la conjonctive palpébrale et n'ont aucun retentissement sur les membranes profondes de l'œil. Quelques heures après la cautérisation, au moment où l'escarre tombe, le malade éprouve une nouvelle sensation, bornée toujours aux points de la conjonctive qui ont subi l'action du caustique, sensation qui se prolonge parfois jusqu'au lendemain et que le malade compare à celle que produirait une plaie vive.

Le nombre des malades soumis à l'action de l'acide chromique, dans les conditions déterminées, est de quatorze. Sur onze d'entre eux, les rugosités inodulaires de la face interne des paupières ont fait place à un tissu d'aspect membraneux lisse et poli ; chez les trois autres malades, les rugosités inodulaires ont persisté, mais à un moindre degré. Les cautérisations ont été faites à plusieurs jours d'intervalle : quatre, six et huit jours. Leur nombre a varié de deux à quatorze, et la durée du traitement a été de quatre semaines sur deux malades, et de deux à quatre mois chez les autres.

Ces résultats avantageux de l'acide chromique, dans certains cas déterminés de l'ophthalmie granuleuse, avaient engagé M. Hairion à en essayer l'application dans d'autres cas de cette maladie. La conséquence de ces essais a été que, si l'acide chromique guérit, même souvent plus vite qu'aucun autre agent, il ne guérit qu'en détruisant profondément les tissus, et que son emploi exige une extrême prudence et est entouré de plus de dangers qu'aucun autre des moyens en usage aujourd'hui.

L'acide chromique, étendu d'une plus ou moins grande quantité d'eau, de manière à pouvoir être instillé dans l'œil, a été employé dans l'ophthalmie catarrhale, la blennorrhée, soit aiguë, soit chronique, sans qu'il ait paru avoir le moindre avantage sur les collyres ordinaires.

C'est donc contre les rugosités inodulaires de la face interne des paupières, recouvertes ou non de végétations ou de fongosités, dans le but de les détruire et d'obtenir à leur place une surface plus lisse, plus polie, qu'il faut, suivant M. Hairion, réserver l'emploi de l'acide chromique. Nous ajouterons que les dangers que présente son application, de l'aveu même de M. Hairion, doivent faire apporter une grande circonspection à son emploi, même dans les cas où il est le mieux indiqué. (*Archiv. belg. de méd. milit.*, septembre.)

Fièvre *qui survient après les opérations pratiquées dans l'urètre ; son traitement.* Il n'est pas de praticien qui ne connaisse et qui n'ait été à même d'observer la fièvre urétrale. Ces effets fréquents des opérations pratiquées dans l'urètre, même des plus simples en apparence, du cathétérisme par exemple, ont toujours beaucoup préoccupé les chirurgiens et avec raison ; car les traitements les

mieux indiqués et les plus méthodiquement institués s'en trouvent trop souvent entravés. C'était donc un sujet d'étude aussi intéressant qu'utile, de rechercher quels sont le caractère, la cause, la nature et quel doit être le traitement de la fièvre qui survient après les opérations pratiquées dans l'urètre. Ce sujet était bien digne d'occuper les instants d'un médecin désireux de concourir aux progrès de l'art. M. le docteur Félix Bron s'est chargé de cette utile tâche. Les recherches auxquelles il s'est livré sur cette délicate question, et qui reposent sur l'analyse d'un grand nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux de Lyon et dans la pratique des habiles chirurgiens de cette ville, font le sujet d'un important mémoire que ce médecin vient de publier. Il serait beaucoup trop long de faire ici une analyse détaillée de ce remarquable travail; mais nos lecteurs nous sauront gré, nous en sommes convaincu, de mettre sous leurs yeux les conclusions que l'auteur en a déduites et qui en résument d'ailleurs parfaitement les points principaux, ceux surtout qui ont le plus directement trait à la pratique.

Voici ces conclusions :

Les accès de fièvre qui surviennent après le cathétérisme peuvent être le résultat de deux causes : 1° d'une inflammation phlegmoneuse des veines du petit bassin; 2° du passage de la sonde seulement.

Dans le premier cas, il n'y a pas une franche intermittence entre les accès. La maladie se termine habituellement et rapidement par la mort.

Dans le second cas, les accès sont franchement dessinés; ils vont en diminuant d'intensité et disparaissent d'eux-mêmes le plus souvent.

La fièvre urétrale, proprement dite, ne reconnaît pas pour cause la résorption urinaire; l'inflammation franche ne l'occasionne pas; le tissu spongieux du canal n'y entre pour rien; et la création d'une fausse route ne peut pas la produire.

Le cathétérisme lui-même ne la provoque pas, s'il ne coexiste aucune lésion organique.

La présence d'un tissu anormal dans les organes urinaires est une condition indispensable, à quelques exceptions près, pour la production de la fièvre urétrale; et l'observation prouve que plus le tissu du retrécissement est avancé dans son organisation, par conséquent plus le rétrécissement est dur et résistant, et plus les accidents fébriles sont à craindre.

Tout porte à croire que c'est à la *douleur particulière* que produit la présence du tissu anormal, ou plutôt à *l'irritation*, pour parler d'une manière plus générale, qu'il faut attribuer la modification qui survient alors dans l'organisme. Elle produit une dépression des forces et un ralentissement de toutes les fonctions. C'est à cette influence qu'est due la fièvre urétrale.

La fièvre urétrale n'a donc aucun rapport avec la fièvre inflammatoire, et n'est pas le résultat de l'inflammation. La médication antiphlogistique aggrave la position du malade.

Dans quelques cas rares, cette fièvre peut donner lieu à des accidents secondaires, tels que des abcès multiples. Elle semble par là avoir des rapports avec la fièvre purulente.

La fièvre urétrale est favorisée par toutes les causes qui augmentent la douleur, et généralement aussi par les causes hyposthénisantes : vieillesse, suppuration antérieure, refroidissement, colère, frayeur, etc.

On la prévient : en faisant des cathétérismes de courte durée, éloignés les uns des autres, et avec des sondes dont le calibre est, autant que possible, en rapport avec celui du canal;

En maintenant le malade à un degré de chaleur suffisant, et en le soustrayant à toutes les causes qui peuvent amener un affaiblissement physique ou moral.

Enfin, on le combat par les toniques et les excitants.

Nous croyons utile d'entrer sur ce dernier point dans quelques détails, d'autant plus que l'auteur s'est inspiré surtout ici de la vaste expérience de son maître, M. le professeur Bonnet.

C'est, d'après M. Bonnet, par un traitement tonique et fortifiant qu'il faut combattre les accidents en question. Ce sont les préparations de quina qui doivent jouer ici le principal rôle. Le quina doit être administré comme dans le cas de fièvres intermittentes communes ou pernicieuses, immédiatement après l'accès, c'est-à-dire le plus loin possible de l'accès à venir. La dose doit être élevée, elle doit être donnée en une seule fois ou à des intervalles rapprochés. On obtient, par ce moyen, bien plus qu'en fractionnant ou en divisant en plusieurs jours une quantité de quina plus considérable.

La durée du traitement présente ici moins d'importance que pour les fiè-

vres intermittentes ordinaires. On ne voit pas après le cathétérisme subsister pendant longtemps des accès ayant la ténacité des accès de fièvre paludéenne. Ils sont, en revanche, habituellement plus forts : ils nécessitent par conséquent une médication plus active et surtout plus prompte. Lorsque les accidents fébriles durent plusieurs jours, ils vont en général en diminuant d'intensité.

Pour faciliter l'action du quina, si l'on s'arrête à ce médicament, il faut toujours l'associer à des substances qui en secondent l'effet. Ainsi l'association de café et de sulfate de quinine, par exemple, est bonne, non pas parce que le café enlève le mauvais goût à la quinine, mais parce qu'il est lui-même un excitant, et qu'à ce titre il favorise l'action de l'agent principal. Telles seraient aussi, les infusions de menthe, de mélisse, de germandrée, de camomille, d'absinthe, de thé, etc. (*Gaz. méd. de Lyon*, septembre, octobre et novembre.)

Guaco (*Du*) *dans le traitement externe de la syphilis.* Le guaco est un arbre qui croît dans l'Inde. Les naturels l'emploient contre les blessures des flèches envenimées, en frottant la plaie contre l'arbre, et ils appliquent le jus des feuilles vertes sur les morsures des animaux venimeux, dont il neutralise, assure-t-on, le virus. La décoction de l'écorce et des feuilles vient d'être récemment proposée en applications topiques, comme résolutif, contre la blennorrhagie aiguë, les bubons dégénérés et les ulcérations syphilitiques. Voici, quant à cette dernière maladie, le résumé des expériences faites par M. Vicente Gomez, à l'hôpital militaire de Valence.

Obs. I. E.-S., âgé de vingt-trois ans, entre avec un chancre sur le dos de la verge, survenu le huitième jour d'un coït impur. Emploi des émollients pendant quatre jours; le cinquième, le chancre commençant à diminuer, on applique la décoction de guaco, qui produit une très-vive cuisson pendant une demi-heure. Bientôt la suppuration diminue, les bords s'amincissent et des bourgeons charnus se forment dans le fond de l'ulcération. Sorti le quatorzième jour, avec une cicatrisation parfaite.

Obs. II. Soldat, âgé de vingt-huit ans, entre le 25 mai avec des chancres entre le prépuce et le gland, blennorrhagie et bubon induré. Suppuration du bubon le vingtième jour, trajets fistuleux d'apparence atonique que ni les digestifs animés, ni le nitrate d'argent, ni la solution de sublimé ne peuvent modifier. Emploi du guaco, le 10 août. La cicatrisation marche rapidement, et le 21 elle est complète.

Obs. III. Soldat, âgé de vingt-trois ans, entre le 29 juillet avec un bubon ulcéré et un trajet fistuleux sous-cutané de deux pouces d'étendue du côté gauche; suppuration abondante du trajet fistuleux qui, malgré des injections de vin aromatique et une solution de nitrate d'argent, ne se modifie pas. Le 20 août, emploi du guaco. Dès le lendemain, la suppuration et l'engorgement des tissus étaient diminués; la guérison était complète le 30.

Obs. IV. J. C. entre le 16 juin avec un chancre datant de vingt jours et un bubon en suppuration. Le premier étant guéri par les moyens ordinaires, celui-ci s'étendit au contraire et donna lieu à un ulcère atonique qui résista aux modificateurs connus. Emploi du guaco, le 10 août; le 20, la cicatrisation commence, et le 28, elle est complète. (*El signo médico* et *Gaz. hebd.*, novembre 1858.)

Magnésie *calcinée comme antidote du phosphore.* De tous les moyens proposés pour combattre l'empoisonnement par le phosphore, — sorte d'empoisonnement devenu très-fréquent, comme on sait, depuis l'usage si universellement répandu des allumettes phosphoriques, — la magnésie calcinée paraît être le plus efficace. Voici, en effet, ce qu'ont démontré des expériences nombreuses, pratiquées par MM. Antonielli et Borsarelli, dans le but de rechercher les meilleurs moyens de combattre cet empoisonnement :

1° Dans l'empoisonnement par le phosphore ou par les substances qui contiennent ce métalloïde, il faut surtout éviter d'employer des matières grasses, qui, loin de s'opposer à l'action du phosphore sur les organes, en augmentent au contraire l'énergie et en facilitent la diffusion dans l'économie;

2° L'emploi de la magnésie calcinée en suspension dans l'eau bouillie, et administrée en grande quantité, est le meilleur contre-poison et en même temps le purgatif le plus convenable pour faciliter l'élimination de l'agent toxique;

3° Dans les cas d'empoisonnement par le phosphore, où il se présente de la dysurie, l'emploi de l'acétate de potasse est d'une grande utilité;

4° Toutes les boissons mucilagineuses dont le malade fait usage doivent être préparées avec de l'eau bouillie, afin qu'elles contiennent la plus petite quantité d'air possible. (*Medicin. chirurg. monatsh.*, etc., et *Presse médic. belge*, octobre 1858.)

Nævus *guéri par une injection avec l'acide tannique.* Le traitement des anévrismes et des varices par les injections de perchlorure de fer devait conduire à essayer du même moyen pour la cure des tumeurs érectiles et des nævi vasculaires. C'est ce qui a eu lieu en effet depuis. M. Haynes Walton a conseillé de remplacer le perchlorure de fer par l'acide tannique qu'il croit préférable en raison du mode particulier de coagulation du sang qu'il détermine, et aussi parce qu'il n'exposerait pas à la mortification de la peau. A l'appui de cet enseignement, le docteur Quinlan, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, de Dublin, publie un cas de nævus traité avec succès par l'injection avec le tannin.

Elisa B., âgée de neuf mois. Nævus sous-cutané de la joue gauche, existant déjà, mais presque imperceptible au moment de la naissance, s'étant graduellement accru et ayant atteint, au moment de l'observation, une largeur un peu plus grande que celle d'un schelling, disparaissant presque entièrement par la compression; il en part deux veines volumineuses; la peau correspondante saine. Le 21 août, le docteur Quinlan enfonça une aiguille à cataracte à la partie supérieure du nævus et en laceéra les tissus; puis, ayant introduit la canule d'une petite seringue à vis en platine construite pour cet objet, il injecta un scrupule d'une solution d'acide tannique préparée dans la proportion d'un drachme d'acide pour une once d'eau distillée; il répéta ensuite la même manœuvre dans les deux points les plus proéminents, de manière que le nævus fût bien distendu. La coagulation se produisit promptement, comme le fit voir la dureté considérable qui se manifesta. Huit heures après l'opération, côté gauche de la face fortement tuméfié; le nævus un peu enflammé. Le 23, tuméfaction tombée; nævus paraissant être le siége d'une sorte d'inflammation chronique; desquamation de l'épiderme à la surface. Le 3 septembre, tumeur ayant l'aspect de celle qui reste à la suite d'un furoncle; pas de trace de vaisseaux dilatés; les deux veines signalées à peu près disparues. Le 7, induration paraissant éprouver une résorption graduelle; les trois piqûres cicatrisées. (*Dublin Hospital Gazette*, septembre.)

Oxyde de zinc *contre la coqueluche.* L'oxyde de zinc, médicament jadis fort en usage et maintenant un peu oublié, est employé par le docteur Hochstetter contre la coqueluche, mais à des doses plus élevées qu'on ne le prescrit généralement. Chez les enfants de deux à quatre mois, il donne 1 à 2 grains (5 à 10 centigrammes) par jour; chez les sujets plus âgés, il varie de 3 à 10 grains (15 à 50 centigrammes). Ce moyen, d'après M. Hochstetter, guérit la coqueluche en dix, vingt ou trente jours, selon l'intensité de la toux et l'âge du sujet.

Si l'on considère l'insuffisance des ressources habituelles de la thérapeutique dans le traitement de cette affection et l'innocuité presque absolue de l'oxyde de zinc, on ne peut qu'exprimer le désir que ces essais soient répétés et assez multipliés pour qu'on puisse connaître au juste l'efficacité de cette médication. (*Medicinish-chirürg. Monasts*, etc., et *Presse médic. belge*, octobre 1858.)

Paralysie *grave produite par l'abus du copahu.* Un homme de trente-sept ans, ayant contracté une blennorrhagie légère, fut mis à l'usage d'un électuaire de cubèbe et de copahu avec de l'extrait de ratanhia et de tannin. Pour guérir plus vite, il quadrupla la dose ordonnée par le médecin et prit en outre du copahu en quantité considérable. Au bout de onze jours de ce traitement, qui ne produisit ni vomissements, ni diarrhée, il éprouva de la céphalalgie, des vertiges, de l'incertitude dans la progression, une sensation de constriction au pharynx et une rigidité douloureuse des muscles du cou, de la mâchoire, du thorax et de l'abdomen. Ces muscles étaient le siége de contractions spasmodiques qu'éveillait la moindre impression sensitive et que précédaient des horripilations et un frémissement général. Les mouvements des quatre extrémités étaient très-faibles, et cet état alternait avec une tension des muscles, accompagnée de fourmillements. La marche était presque impossible, les extrémités supérieures retombaient inertes, après le plus léger exercice; en outre, paralysie incomplète des muscles de la face, analgésie et refroidissement des extrémités inférieures, insomnie, yeux bril-

lants, soif vive, pouls fréquent et dur, constipation, dysurie.

Ces symptômes furent combattus par des purgatifs, des sangsues à l'anus, des ventouses scarifiées et des révulsifs appliqués le long de la colonne vertébrale, et cédèrent au bout de douze à quinze jours, à l'exception de la paralysie, qui s'aggrava au contraire et s'accompagna d'atrophie des muscles. On eut alors recours à l'électrisation localisée, au moyen de l'appareil à induction de M. Duchenne, qui produisit une amélioration rapide. Les muscles du tronc, puis ceux des extrémités supérieures, et enfin des extrémités inférieures recouvrèrent successivement leur volume et leur contractilité normales. Quarante séances, aidées d'une gymnastique rationnelle, suffirent pour amener une guérison complète, qu'on assura ensuite par des bains sulfureux. (*Gaz. heb.*, novembre 1858.)

Phthisie pulmonaire. *Son traitement par les caustiques.* Le traitement de la phthisie pulmonaire par les caustiques n'est pas nouveau. Loin de là, c'est de tous les moyens de traitement de cette grave affection le plus ancien. Mais, d'empirique qu'il était, on a cherché de notre temps à en faire un traitement rationnel appuyé sur l'observation et sur les indications de la maladie. C'est au docteur Debreyne que l'on doit principalement la régularisation de l'emploi des caustiques dans le traitement des affections chroniques des bronches et des poumons.

La méthode de M. Debreyne consiste à établir deux caustiques de Vienne sur les parties antérieures et latérales de la poitrine, à trois pouces environ au-dessous de chaque clavicule, et deux pouces en dehors du sternum. Voici de quelle manière il les applique : après avoir délayé une quantité suffisante de poudre de Vienne dans un peu d'alcool, de manière à former une pâte molle et assez consistante, il en façonne, à l'aide d'une spatule, deux disques ou deux rondelles de la grandeur environ d'une pièce de cinq centimes chaque et d'une épaisseur double, et on les dépose sur les points de la poitrine qui viennent d'être indiqués. L'action du caustique est très-rapide, et lorsque la poudre avec laquelle il a été préparé est récente et de bonne qualité, huit à dix minutes suffisent généralement pour la formation de l'escarre. On est, du reste, averti que la peau est détruite dans toute son épaisseur lorsqu'on voit apparaître un cercle noirâtre autour de la pâte, et lorsque le malade annonce que la douleur occasionnée par la présence du caustique est devenue notablement moindre ; il est temps alors d'enlever celui qui se trouve remplacé par une escarre grisâtre, circulaire et parfaitement circonscrite. On recouvre cette escarre d'un emplâtre de diachylon gommé, qui a pour effet de ramollir et de hâter sa chute.

Les avantages de cette médication, d'après M. le docteur Rouault, de Rennes, qui la préconise dans un travail récent, se font principalement sentir pendant les six premières semaines qui suivent son application. Aussi, au bout de cette époque, est-il bon, et quelquefois même nécessaire de renouveler les caustiques et d'en appliquer deux autres au-dessus ou au-dessous des premiers.

Les caustiques de Vienne sont utiles à toutes les périodes de la phthisie ; mais ils ne sont véritablement efficaces qu'à son début, ou à une époque peu éloignée de son invasion. Appliqués pendant le premier et même le deuxième degré de la maladie, ils entravent complétement sa marche ; la toux et l'oppression disparaissent avec une grande rapidité, les malades reprennent des forces, de la fraîcheur et de l'embonpoint.

Lorsque les tubercules sont ramollis et qu'il existe déjà des cavernes plus ou moins profondes, les caustiques appliqués sur les parois thoraciques ont encore pour effet de prévenir de nouvelles éruptions tuberculeuses, et de préserver les parties du poumon restées saines contre l'invasion de nouveaux produits accidentels. De cette manière, on arrive à prolonger la vie des malades, si, faute d'avoir agi plus tôt et en temps opportun, il ne reste plus la faculté de la rétablir complétement.

En même temps que M. Rouault a recours à cette médication, il fait prendre aux malades de larges doses de gelée de lichen ; outre cela, si la toux paraît liée à un élément nerveux, si elle est petite, sèche, fréquente, comme convulsive et spasmodique, il donne une pilule d'extrait de belladone de 5 centigrammes, matin et soir. (*Union méd.*, novembre 1858.)

Réunion *du pavillon de l'oreille presque complétement séparé par une blessure.* Le fait suivant est un exemple de plus à ajouter à ceux qui existent

déjà dans la science, et qui témoignent de ce que peut la nature pour la réparation de certaines lésions traumatiques paraissant au premier abord être au-dessus de toute ressource.

Le docteur Linoli rapporte qu'une femme âgée de soixante-dix ans eut, dans une chute qu'elle fit du haut d'un escalier, le pavillon de l'oreille presque complétement détaché, cet organe ne tenant plus aux parties qui le supportent que par un petit lambeau de peau très-mince. Malgré le peu d'apparence du succès, notre confrère ne désespéra pas d'obtenir la réunion. Après avoir nettoyé la plaie avec de l'eau tiède, il rapprocha les parties suivant leurs rapports normaux et les maintint au contact à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage convenablement appliqué. Le quatrième jour, une partie des bandelettes put être enlevée, et le reste le sixième, l'adhésion paraissant alors complétement établie. La guérison fut parfaite au bout d'un mois environ, à l'exception que la sensibilité de la peau du pavillon resta notablement affaiblie. (*Omodei annali*, vol. CLXI.)

VARIÉTÉS.

Mort de M. Bonnet (de Lyon).

Le corps médical de Lyon, si cruellement éprouvé en ces dernières années, vient de subir une perte nouvelle et bien inattendue. M. Bonnet a succombé le 2 de ce mois, aux suites d'une congestion de la moelle dont la marche suraiguë a rendu inutiles les secours de l'art. Cette mort a été, et avec raison, un deuil pour toutes les classes de la population lyonnaise; l'émotion qu'elle a causée a retenti jusqu'à Paris. La chirurgie française perd en M. Bonnet une de ses gloires les plus légitimes. L'espace nous force à reproduire, seulement un des nombreux discours prononcés sur sa tombe.

Discours de M. le docteur Barrier.

« Atteinte, coup sur coup, par des pertes douloureuses, et, hier à peine, par la mort de Gensoul, la chirurgie lyonnaise est aujourd'hui frappée dans son plus illustre représentant. Amédée Bonnet vient de succomber dans toute la force de l'âge, dans tout l'éclat de son talent.

« Ce deuil qui commence aujourd'hui, et qui durera longtemps, la médecine de notre cité ne sera pas seule à le porter. La France, l'Europe connaissaient le nom de M. Bonnet, accueillaient ses travaux avec curiosité, avec empressement, et avouaient l'autorité de ses opinions scientifiques. La presse reproduisait chaque jour le fruit de ses veilles fécondes, et la pratique le mettait en rapport avec des malades de tout pays. L'Institut de France, l'Académie de médecine de Paris, beaucoup de Sociétés savantes de l'étranger le comptaient au nombre de leurs membres. Ce n'était pas une gloire lyonnaise, c'était une renommée européenne.

« Je n'analyserai pas ici les travaux de M. Bonnet. Je rappellerai seulement ses ouvrages les plus importants: le *Traité des sections tendineuses*, publié pendant son exercice à l'Hôtel-Dieu, œuvre d'actualité écrite avec la verve et l'élan de la jeunesse, remplie de vues ingénieuses et nouvelles; le *Traité des maladies articulaires*, en deux volumes, publié en 1845, travail considérable, également remarquable par une exposition claire et méthodique, par la richesse des observations et l'exactitude des détails; le *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, espèce de supplément à l'ouvrage précédent, dont les innovations, propres à l'auteur, forment la partie la plus intéressante et qui, retraçant les travaux des autres chirurgiens pendant huit années, montre dans quelle mesure l'auteur a contribué aux progrès de la science et de l'art. A côté de ces œuvres de premier ordre, il faudrait placer un grand nombre de Mémoires écrits par lui-même, de thèses pour le doctorat et d'autres publications consacrées par ses élèves à l'exposition de ses recherches, de ses découvertes et de ses doctrines.

« C'est à l'Hôtel-Dieu que commença cette glorieuse carrière. En 1833, un concours mémorable lui ouvrit les portes de ce grand théâtre, et, pendant onze années consécutives, il y remplit successivement les fonctions de chirurgien aide-major et celles de chirurgien en chef. Si je pouvais dire avec quel zèle infatigable il se voua au service des malades, avec quelle ardeur il fouilla cette mine d'observation et d'expérience, par quels efforts il parvint à imaginer de nouvelles méthodes de traitement, avec quelle persévérance il s'appliqua à per-

fectionner les moyens connus et ceux qu'il avait créés lui-même, je ne pourrais encore donner qu'une idée incomplète de cette activité puissante mise tout entière au service de la science et de l'humanité. Car ce ne fut pas assez pour M. Bonnet d'observer, de méditer et d'écrire, il se livra avec le même enthousiasme à l'enseignement oral, et, longtemps avant d'être officiellement appelé à la chaire de clinique chirurgicale, il rallia autour de lui des auditeurs nombreux et avides de l'entendre, soit au lit des malades, soit à l'amphithéâtre. Il s'adonna ainsi presque simultanément à l'enseignement de l'anatomie pathologique, de l'expérimentation chirurgicale sur le cadavre et de la clinique externe dans les salles de chirurgie. Enfin, investi du professorat officiel à l'Ecole de médecine et de la chaire qu'il a occupée pendant vingt ans, nous l'avons vu, à mesure que les acquisitions de l'expérience et les méditations du cabinet mûrissaient son jugement et élargissaient ses idées, donner à ses leçons un double caractère d'élévation dans les conceptions théoriques et d'utilité dans les applications pratiques. C'est alors que, sous tous les rapports, la chirurgie de l'Hôtel-Dieu et notre Ecole de médecine brillèrent d'un nouveau lustre.

« Toutefois, en poursuivant la réalisation de l'idéal qu'une noble ambition assignait pour but à ses efforts, M. Bonnet apprit aussi quelles luttes tout homme de progrès est condamné à subir; il vit par lui-même combien la routine, invoquant le prestige des traditions, est souvent habile à jeter des obstacles sur la route de l'avenir. Cette épreuve ne fit qu'exciter son courage et sa persévérance. Ses innovations, d'abord reçues avec une prévention hostile, finirent par être mieux comprises, et, pour la plupart, prirent définitivement dans la pratique la place dont elles étaient dignes. — Dans cette rapide esquisse de la carrière scientifique de M. Bonnet, je n'ai fait entrevoir que la puissance de son intelligence; mais qui d'entre nous n'a connu sa haute valeur morale? Cœur droit et sincère, loyal et généreux, affectueux et bienveillant, inaccessible à la haine, au-dessus de l'envie, il eut des droits égaux à notre amitié, à notre estime et à notre admiration.

« Voilà l'homme qui nous a été enlevé, plein encore de force et d'années. Malades qui n'aurez plus le bienfait de ses soins, frères et sœurs de notre communauté hospitalière qui ne verrez plus ce modèle vivant d'abnégation et de vertu, administrateurs de nos hôpitaux, privés de la coopération de ses lumières et de sa main, élèves de notre Ecole que cette parole savante et préférée ne réunira plus, vous tous dignes confrères dont l'affluence au bord de cette tombe atteste la profonde sympathie, nous enfin qui fûmes ses élèves, puis ses collègues ou ses amis, vous le sentez, nous le sentons tous ensemble au moment du suprême adieu, cette perte est de celles que rien ne répare, dont rien ne console, que rien ne fait oublier. »

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous nous empressons de joindre nos regrets aux regrets de tous. Esprit éminemment pratique, il n'est aucune de ses œuvres fécondes que le savant chirurgien de Lyon n'ait tenu à honneur de voir figurer dans ce journal. Mais ce que nous devons surtout déplorer, c'est que la mort de M. Bonnet vient briser un dernier et noble exemple de nos anciennes traditions médicales. Dès les premières heures de son autorité, il se posa en maître et en remplit tous les devoirs. Il sut imprimer à ses élèves l'élan de l'activité, leur inspirer des sujets d'étude, les guider même et leur donner l'exemple de la persévérance dans le travail. De tels élèves ne tardent pas à devenir des amis dévoués, continuant à apporter au maître le tribut de leurs sympathies et de leurs hommages. Aussi, pour M. Bonnet, la gloire n'a pas commencé seulement à sa dernière heure, et désormais le culte de sa mémoire vivra dans l'école lyonnaise.

On nous apprend à l'instant la mort de M. le professeur Bérard, qu'une grave maladie tenait éloigné de l'école depuis plusieurs années. Nous rappellerons, dans notre prochain numéro, tout ce que la science perd par la mort du savant physiologiste.

M. le professeur Denonvilliers est nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine. L'honorable professeur remplissait depuis un an ces fonctions par simple délégation.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LE SULFATE DE QUININE ASSOCIÉ A L'ACIDE TARTRIQUE,

Par le docteur RAIMOND BARTELLA.

(Suite et fin) (1).

Fièvres intermittentes pernicieuses. — Pour compléter les faits que je me suis proposé de faire connaître relativement à ce nouveau mode de traitement des fièvres intermittentes, il me reste à parler des fièvres intermittentes pernicieuses que j'ai eu à traiter au nombre de douze, et dont une seule appartenait aux *febres comitatæ,* ou fièvres pernicieuses avec symptôme prédominant, et les onze autres aux fièvres pernicieuses subcontinues.

1° *Fièvres pernicieuses avec un symptôme prédominant.* — C'est sous la forme cholérique que s'est présentée à moi la seule fièvre intermittente pernicieuse de ce genre que j'ai eu à traiter. Le sujet de cette observation, campagnard, âgé de trente ans, venait de travailler à la moisson dans les maremmes basses, et il était rentré chez lui en bonne santé depuis plusieurs jours, lorsque, le 22 août, il fut pris d'un violent frisson, qui dura une heure, avec vomissements et déjections bilieuses répétées, crampes des extrémités, raucité de la voix, excavation des yeux, refroidissement des extrémités, petitesse extrême du pouls, oppression et ardeur insupportable vers l'estomac, coloration livide de la peau. Cet appareil de symptômes dura quatre heures. Potion fortement stimulante avec teinture thébaïque. Au commencement de la réaction, et lorsque le vomissement commençait à peine à se calmer, je lui prescrivis 30 grains (2) de sulfo-tartrate de quinine, dissous dans deux onces de liquide, à prendre par cuillerée toutes les demi-heures. Apyrexie à la suite d'une sueur abondante. Le lendemain, pas d'accès et aucun symptôme semblable à ceux des jours précédents. Le surlendemain, la fièvre parut, mais deux heures plus tard, avec peu de frisson, sans vomissement, sans crampes et sans déjections alvines. Six autres grains vers la fin de l'accès. Deux jours après, la fièvre manqua, et le malade ne s'en est pas ressenti depuis.

(1) Voir la livraison du 15 novembre, page 397.

(2) Nous rappellerons que la dose de sulfo-tartrate de quinine indiquée par l'auteur doit toujours s'entendre d'une dose semblable de sulfate de quinine et d'acide tartrique. (*Note du rédacteur.*)

Peut-être les médecins, habitués à administrer en pareille occasion jusqu'à un gros de l'antipériodique, me trouveront-ils bien hardi de n'avoir donné qu'une si faible dose du fébrifuge dans une fièvre cholérique. J'avoue même que si j'avais dû employer le sulfate de quinine seul, j'en aurais au moins prescrit pour première dose deux scrupules; mais, avec la connaissance que j'ai de l'activité plus grande du sulfo-tartrate de quinine, j'étais convaincu que trente grains suffisaient. La seconde dose fut encore plus faible, à la fois parce que le malade avait déjà ressenti d'une manière énergique l'action de la première, et parce que le second accès n'eut qu'une médiocre intensité.

2° *Fièvres pernicieuses subcontinues.* — Ces fièvres, au nombre de onze, se présentaient sous des formes diverses et étaient accompagnées de symptômes nombreux et graves, pour la plupart gastro-bilieux et rhumatiques. Il serait trop long de rapporter ici l'observation de tous ces cas, et d'ailleurs je n'apprendrais rien certainement aux praticiens. Je me bornerai, et c'est là l'important, à faire connaître la dose à laquelle il a fallu porter le fébrifuge sans obtenir la guérison, et le mode d'administration de ce médicament.

Ainsi que je l'ai dit, les doses de fébrifuge ont été moins appropriées à la nature de l'accès fébrile qu'à sa tendance plus ou moins grande vers la continuité, et, par suite, la première dose a varié entre 12 et 24 grains, et la seconde entre 6 et 14 grains, suivant l'action plus ou moins énergique de la première, de même que suivant la modification produite dans le premier accès. En voici les résultats.

. Une première dose de 12 grains a été administrée dans trois cas de fièvre pernicieuse subcontinue. Dans le premier, fièvre subcontinue, avec prédominance de symptômes gastriques et rhumatismaux, chez une femme récemment accouchée, 12 grains furent administrés en trois fois, au moment de l'apparition d'un peu de sueur, au troisième jour. L'accès du lendemain fut moins intense, mais retardé d'une heure. Même dose du fébrifuge. L'accès fébrile manqua le lendemain, et avec lui disparurent les symptômes gastriques et rhumatiques, qui s'étaient déjà mitigés sous l'influence de la première dose du fébrifuge. Dans le second cas, chez un jeune homme de dix-huit ans, fièvre pernicieuse subcontinue associée à la diathèse vermineuse, demi-scrupule du fébrifuge fut administré le troisième jour. Accès suivant moins intense et retardé de deux heures; même dose. Guérison, consolidée par l'administration de quelques purgatifs et de la santonine. Enfin, dans le troisième cas, chez une femme de la campagne, âgée de quarante ans, dont la fièvre ressemblait à celle de la première malade, une première dose d'un demi-scrupule rendit l'accès du lendemain moins intense et le

retarda de deux heures. Seconde dose de 8 grains. L'accès manqua ; mais la complication gastro-rhumatismale réclama l'emploi des purgatifs et des diaphorétiques. Rechute vingt-trois jours après, mais sous la forme de fièvre tierce simple. Guérison par 12 grains du fébrifuge en une seule dose. Nouvelle rechute, sous le même type, sept mois après. Guérison par deux doses du fébrifuge, l'une de 12 et l'autre de 6 grains.

Dans deux autres cas, la gravité plus grande du paroxysme et la tendance plus marquée à la continuité m'engagèrent à porter la première dose du fébrifuge à 16 grains. Dans le premier cas, c'était chez une jeune fille de quatorze ans, fièvre intermittente avec complication gastrique saburrale. Cette complication supprimée par les éméto-cathartiques, je donnai 16 grains de fébrifuge dans deux onces de liquide, à intervalle d'une heure. L'accès revint à la même heure le lendemain, mais plus discret. Nouvelle dose de 8 grains. L'accès manqua, et quelques purgatifs achevèrent la guérison. Dans le second cas, fièvre gastrique subinflammatoire chez une femme de la campagne, âgée de quarante ans ; malgré la diminution de cet état particulier, les accès se rapprochaient toujours de plus en plus. Je lui prescrivis 16 grains de sulfo-tartrate. L'accès fut plus intense le lendemain ; 14 grains. Pas d'accès le surlendemain ni les jours suivants. Les purgatifs achevèrent la guérison. Rechute sous le type double-tierce onze jours après ; guérison par un demi-scrupule du même sel. Nouvelle rechute dix jours après. Administration de deux demi-scrupules. Guérison définitive.

Dans cinq autres cas et pour les mêmes raisons que précédemment, la première dose de fébrifuge a été portée à 18 grains. Dans deux des cas seulement, cette dose a été suffisante pour couper la périodicité et la tendance à la continuité, bien que ces deux cas se présentassent avec un certain aspect de gravité. Dans un troisième, il a fallu donner une seconde dose d'un demi-scrupule. C'était une fièvre compliquée d'un état gastrique et saburral ; la première dose avait seulement rendu l'accès un peu plus léger. Un demi-scrupule fit manquer l'accès suivant, et la guérison fut achevée avec quelques eccoprotiques. Dans un quatrième cas, il fallut en venir à une troisième dose de un demi-scrupule. Fièvre périodique avec complication gastro-rhumatique. L'accès fut diminué et retardé de deux heures par la première dose de 18 grains ; mais, malgré la seconde de 6 grains, l'accès suivant avança de quatre heures et fut plus intense que le précédent. Nouvelle dose de six grains. Pas d'accès. Je traitai ensuite la complication gastrique et rhumatismale. Des accès fébriles erratiques que le malade présenta quelque temps après cédèrent à un demi-scrupule du fébrifuge. Enfin, chez le cin-

quième malade, la fièvre, associée à une complication gastrique et rhumatismale, fut seulement retardée par la première dose de 18 grains. Une seconde dose de 6 grains l'a encore retardée en diminuant son intensité. Après la troisième, de 6 grains également, l'accès revint assez intense, et ce ne fut qu'après une quatrième dose semblable que l'accès manqua. Des diaphorétiques et de légers minoratifs achevèrent la guérison.

Dans un dernier cas enfin, la première dose a été portée à un scrupule, chez un homme de quarante-sept ans, atteint d'une fièvre compliquée de symptômes gastro-bilieux, avec tendance telle à l'acuité que du quatrième au cinquième jour il restait à peine un court intervalle entre un accès et le suivant. Une première dose d'un scrupule, administrée dans un intervalle de deux heures, amena une sueur plus abondante et un peu d'allongement de l'apyrexie, avec un calme très-prononcé dans les symptômes bilieux. L'accès du lendemain fut plus discret et retardé d'une heure. Demi-scrupule du même médicament au commencement de la sueur, qui fut plus abondante. Le surlendemain, pas d'accès. Guérison par les minoratifs, les autres végétaux et quelques huileux. Le médicament fut continué à dose préservatrice.

Ici s'arrête ce que j'avais à dire de mes expériences entreprises relativement à l'action du sulfo-tartrate de quinine contre les fièvres intermittentes simples ou pernicieuses. Mais dans le but de me confirmer davantage dans la confiance que m'inspirait ce médicament, j'ai cru devoir entreprendre, comme contre-épreuve, quelques expériences avec le sulfate de quinine, en me plaçant, autant que possible, dans les mêmes conditions et en donnant les mêmes doses.

Ces expériences ont été faites sur 12 fièvres intermittentes, de types divers et suivant les mêmes règles que pour l'administration du sulfo-tartrate, c'est-à-dire que j'ai toujours donné une première dose proportionnée à l'âge du malade, à la gravité et à la période de la fièvre; ensuite, avant d'en venir à une nouvelle dose, j'ai voulu attendre le retour de deux nouveaux accès, et c'est d'après leur intensité que j'ai réglé la seconde dose.

Ai-je besoin de dire que ces expériences ont été faites seulement sur des fièvres intermittentes simples? Je n'aurais certes pas osé donner dans des fièvres pernicieuses des doses de sulfate de quinine moindres que celles que j'employais autrefois. J'arrive maintenant aux résultats que m'ont fournis ces expériences.

Je n'ai traité par le sulfate de quinine qu'une seule fièvre quotidienne légitime. J'ai donné une première dose de 6 grains de sulfate à la fin de l'accès. L'accès suivant n'a pas été modifié. Nouvelle et sem-

blable dose de sulfate ; accès plus modéré. L'accès reparaît encore le lendemain. Troisième dose de 6 grains. Pas d'accès.

Les fièvres tierces simples étaient au nombre de trois, et la dose de sulfate de quinine a varié suivant l'intensité de l'accès. Ainsi, dans un de ces cas la première dose a été d'un demi-scrupule, donné à la fin de l'accès. L'accès suivant n'a pas été modifié. Nouvelle et semblable dose administrée de même. Cessation de la périodicité. Dans un second cas, l'accès étant plus intense, la dose de sulfate fut portée à 18 grains, et cependant l'accès suivant revint, mais moins intense. Une seconde dose de 6 grains rendit le troisième accès très-discret. En revanche, le quatrième accès fut assez intense. Une troisième dose de 12 grains triompha de la fièvre. Dans le troisième cas, la première dose fut d'un scrupule, et cependant l'accès suivant revint, quoique plus discret ; le troisième accès fut encore plus léger et mal réglé ; mais le quatrième fut plus intense. Seconde dose de 6 grains. L'accès manqua pendant plusieurs jours. Rechute vingt jours après, sous le type double-tierce. Guérison par la décoction de quinquina à haute dose.

Les fièvres doubles-tierces, au nombre de 7, ont été également traitées par des doses différentes de sulfate de quinine, suivant l'intensité des accès. Deux de ces fièvres ont été combattues par une première dose de six grains. L'une d'elles n'a éprouvé aucun changement. Seconde dose semblable, qui a rendu l'accès suivant plus discret, sans que la fièvre ait cessé. Troisième dose semblable, guérison. Dans l'autre cas, il a fallu aussi donner deux nouvelles doses de six grains. Deux autres doubles-tierces ont été combattues par une première dose de 10 grains; dans les deux cas il a fallu une seconde dose de 8 et une troisième dose de 6 grains. Dans deux autres doubles-tierces, la dose de sulfate a été portée à 18 grains en commençant ; dans ces deux cas il a fallu donner deux nouvelles doses de sulfate, de 6 grains chaque dans un de ces cas, de 4 et de 6 grains dans l'autre. Enfin, dans un cas plus grave que les précédents, la première dose a été de un scrupule; l'accès suivant a été très-discret ; mais le troisième ayant été plus fort, il a fallu, pour en finir, une troisième dose de 6 grains.

Enfin, il me reste à parler d'un seul cas de fièvre quarte, qui, traitée par l'administration de 14 grains de sulfate de quinine, donnés moitié avant l'accès et moitié à la fin, à trois accès différents, n'a été que modifiée, tandis qu'elle a cédé admirablement à 6 grains de sulfo-tartrate, donnés moitié avant l'accès et moitié à son déclin.

A ces expériences je pourrais en ajouter un bon nombre d'autres, résultant de ma pratique, avant l'époque où j'employai le sulfo-tar-

trate de quinine ; mais je crois que, malgré leur petit nombre, les faits précédents sont suffisants pour qu'on puisse poser en principe que les fièvres intermittentes simples ne peuvent pas être guéries par des doses faibles de sulfate de quinine. Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir tirer des expériences précédentes les déductions suivantes, relativement à l'action, à la dose, au mode et à l'époque d'administration du sulfo-tartrate de quinine :

1° Le sulfate de quinine, associé à partie égale d'acide tartrique, est plus actif à même dose que le sulfate de quinine seul ; plus avantageux dans la pratique, à cause de la dose moindre par laquelle on peut triompher d'un accès quelconque de fièvre intermittente ; préférable, sous le rapport économique, au sulfate de quinine, qui est cependant la moins chère de toutes les préparations de quinine.

2° La dose minimum à laquelle le sulfate de quinine, associé à l'acide tartrique, peut être administré, ou la dose économique de ce fébrifuge, peut être évaluée, en général, à la moitié de celle du sulfate de quinine, qui est néanmoins la plus active de toutes les préparations du quinquina ; mais, en particulier, il est impossible de préciser cette dose d'une manière absolue dans les diverses espèces de fièvres intermittentes, parce qu'elle varie suivant diverses circonstances ; ainsi, sans parler de l'âge du malade, cette dose varie suivant la saison, la gravité, le caractère et la périodicité de la maladie. Tout en laissant la plus grande latitude à la sagacité et au coup d'œil du praticien, je dirai que :

Dans les mois de juillet, d'août et de septembre, à conditions égales, il est nécessaire de donner une plus forte dose qu'à d'autres époques de l'année ;

Plus l'accès fébrile est intense, plus la dose doit être forte ;

Dans les fièvres à caractère pernicieux, la dose doit toujours être plus élevée que dans les fièvres intermittentes simples ; ainsi :

Dans les premières (les fièvres pernicieuses), la dose doit être moins forte quand elles sont sub-continues que lorsqu'elles coïncident avec un symptôme prédominant ; dans le second cas, la première dose doit être d'au moins 30 grains, et la seconde moindre, mais en rapport avec les changements en mieux survenus dans le nouvel accès ; dans le premier cas, la dose peut varier entre 12 et 24 grains, suivant la tendance à la continuité, et la seconde ne doit pas être moindre de 6 grains.

Dans les fièvres intermittentes légitimes, la dose varie suivant la périodicité : plus petite dans les fièvres tierces simples, un peu plus forte dans les quotidiennes et dans les doubles-tierces, plus forte encore dans

les fièvres quartes. En général, avec une première dose, moindre de 8 grains, on ne coupe pas la périodicité. (Une première dose de 9 grains a réussi seulement dans quelques cas de fièvres tierces légitimes, et 12 grains ont coupé 17 fois sur 30 la fièvre tierce, 1 fois sur 7 la fièvre quotidienne, 15 sur 46 la fièvre double-tierce, et 2 sur 18 la fièvre quarte; de sorte que la première dose ne doit pas être, pour les fièvres tierces et quotidiennes, moindre de 9 grains ni plus forte que 18, ou, au plus, que 24 grains ; et la seconde dose d'autant moindre que la première a été plus forte, et quelquefois égale à celle-ci, si du moins elle n'a pas dépassé 6 grains.)

Dans les fièvres quartes, le mode d'administration le plus avantageux du fébrifuge consiste à donner un demi-scrupule de fébrifuge avant l'accès et une dose semblable au commencement de la sueur, 6 grains de la même manière le jour du nouveau paroxysme, et 6 autres grains le jour où l'on attend le troisième accès, qui manque habituellement.

3° Relativement au mode et à l'époque d'administration du sulfo-tartrate de quinine, on peut dire qu'il est plus actif s'il est dissous dans une petite quantité de liquide, et si on le fait prendre dans la période de sueur.

En terminant, je crois pouvoir résumer les avantages du sulfo-tartrate de quinine dans les propositions suivantes : Economie considérable, certitude plus grande de guérison, nombre moindre de récidives et facilité plus grande à triompher de celles-ci. Puissent ces avantages ouvrir les yeux aux gouvernements et aux établissements de charité publique!

Raimond Bartella.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES RÈGLES POUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME.

Par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin) (1) .

Il nous reste maintenant à étudier la valeur des moyens proposés pour enrayer la marche des accidents graves, lorsqu'ils se manifestent.

Avant de nous livrer à l'examen particulier de chacun d'eux, nous devons faire une observation générale qui en domine l'application. Dans les accidents dus au chloroforme, le danger est presque toujours imminent; les moments sont précieux, et il importe que le praticien soit bien édifié sur la portée relative de chacun des agents que lui

(1) Voir la livraison précédente, p. 484.

offre la thérapeutique, afin de pouvoir choisir promptement le remède dont l'efficacité sera le mieux en rapport avec la nature et la gravité de la position.

Nous diviserons ces moyens en quatre catégories :

La première contient ceux qui agisssent en excitant la peau ou le tégument interne.

La seconde comprend ceux qui s'adressent au système circulatoire.

Dans la troisième, nous rangerons les procédés qui ont pour but de rétablir la respiration ;

Dans la quatrième, enfin, ceux qui tendent à réveiller l'action des systèmes nerveux et musculaire.

1° Les excitants de la peau sont : les frictions irritantes de diverses espèces, l'ustion, la flagellation, etc. Nous ne faisons que les indiquer ici, n'ayant rien à en dire qui ne soit parfaitement connu. Et d'ailleurs, dans les faits connus jusqu'à ce jour, l'observation a démontré malheureusement qu'on ne pouvait compter sur eux.

L'efficacité des excitants portés sur les surfaces muqueuses varie d'après le lieu de leur application. La titillation des narines, les lavements irritants ont été employés ; mais je ne sache pas qu'ils l'aient été avec succès. M. Jules Guérin espérait avoir trouvé un procédé plus direct pour stimuler les nerfs respiratoires, en touchant le pharynx avec un pinceau imbibé d'ammoniaque. Les résultats de l'expérience sur les animaux l'autorisaient à conseiller ce moyen chez l'homme. J'ai répété ces expériences ; mais les effets dont j'ai été témoin sont loin de m'inspirer la même confiance. A part un seul cas, où l'animal a paru éprouver une impression légère, suivie d'un mouvement d'inspiration, je n'ai jamais observé d'effet appréciable.

M. le docteur Escalier a publié (Union médicale, 1er décembre 1849) deux cas où il eut recours au chloroforme pour réduire des hernies étranglées. Après quelques minutes d'inhalation, au moment où l'intestin venait d'être réduit, le visage pâlit, la respiration et le pouls parurent s'arrêter. M. Escalier eut alors l'idée de plonger le doigt dans la gorge jusqu'à l'entrée de l'œsophage et du larynx, et il l'y laissa quelques instants. Chaque fois cette manœuvre provoqua un mouvement d'inspiration, qui fut le signal du retour à la vie. Il est à noter que, dans le premier cas, les aspersions d'eau froide, la titillation des narines, l'ammoniaque, étaient restés inutiles. M. Chassaignac a fait connaître à la Société l'observation d'un jeune homme auquel il pratiquait l'ablation d'un des os du pied. Dans le cours de l'opération, un des assistants s'étant écrié que le pouls avait cessé de battre, notre collègue, se rappelant les faits qui précèdent, eut la pensée de stimu-

ler aussi le fond de la gorge ; mais il trouva les dents serrées, et dut les écarter de force à l'aide d'une spatule. Le malade étant revenu à lui, il put continuer son opération.

Sans doute trois exemples de succès ne sont pas suffisants pour établir l'efficacité de cette pratique ; cependant on ne saurait disconvenir qu'elle n'ait été utile, et nous la conseillons d'autant plus volontiers que bientôt, en parlant de la respiration artificielle, nous aurons occasion de la recommander à un autre point de vue.

2° Les moyens qui agissent plus spécialement sur l'appareil circulatoire sont : la position horizontale et la compression de l'aorte abdominale.

Une pratique trop connue dans le traitement de la syncope pour qu'il soit nécessaire d'y insister consiste à placer le malade dans le décubitus horizontal. M. Piorry a ajouté encore à l'importance de la position en conseillant de donner à la tête un certain degré de déclivité en élevant le reste du corps. Nous approuvons ce procédé, dont M. Bouisson a fait l'application à la syncope chloroformique, d'autant mieux qu'il se prête à l'application des autres ressources dont l'art peut disposer. MM. Nélaton et Denonvilliers y ont eu recours avec avantage.

M. Mercier, dans une lettre adressée à la Société de chirurgie, a rappelé le conseil qu'il avait donné, il y a quelques années (Lettre à l'Académie de médecine, 18 juillet 1848), de comprimer les artères axillaires et crurales, ou mieux encore, quand on le peut, l'aorte abdominale. On retient de la sorte, suivant lui, dans la portion supérieure du tronc le sang qui, sans cela, se serait rendu à sa partie inférieure et dans les membres. Nous avons peu de chose à dire de ce mode opératoire, attendu qu'il n'a pas encore été employé chez l'homme, et que M. Mercier ne l'a même pas expérimenté sur les animaux, ce qui cependant lui eût été facile. Nous ferons ensuite observer que, lorsqu'il y a syncope, il est difficile de concevoir comment les mouvements oscillatoires du cœur pourraient suffire à porter le sang vers le cerveau, bien que le cercle circulatoire ait été rétréci.

3° Les moyens qui ont pour but de rétablir la respiration ont une importance plus réelle et méritent de fixer plus longuement notre attention.

Ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Denonvilliers, quelle que soit la cause immédiate des accidents, sidération du système nerveux, asphyxie ou syncope, un fait évident c'est que la présence des vapeurs chloroformiques dans l'arbre aérien a occasionné ces désordres et contribue à les entretenir. La première chose à faire devra donc

être d'en provoquer l'expulsion rapide. D'un autre côté, les trois grandes fonctions dont l'ensemble constitue le trépied vital étant entravées, il importe de les rétablir promptement, soit en agissant sur toutes à la fois, si la chose est possible, soit en agissant sur celle qui offre le plus de prise à nos moyens, car en rétablissant l'une nous rétablissons indirectement les autres. Or, de ces trois fonctions, celle qu'il nous est le plus facile d'exciter, c'est là respiration : c'est donc à elle que nous devons nous adresser d'abord, avec d'autant plus de raison, que la première conséquence de son rétablissement sera l'expulsion de la vapeur délétère du chloroforme.

Mais de quelle manière ranimer la respiration ? M. Plouviez, l'un des premiers qui aient senti l'importance de cette indication, a proposé l'insufflation pulmonaire, soit avec des instruments, soit bouche à bouche. Enfin, on a pensé que la trachéotomie pourrait être utile pour faciliter l'insufflation ; et plusieurs fois, soit en Angleterre, soit en Amérique, elle a été pratiquée dans ce but.

De quelque manière que l'insufflation soit faite, elle nous paraît peu puissante à atteindre le but qu'on se propose. En effet, les poumons remplissent très-exactement la cavité thoracique et en suivent tous les mouvements ; c'est le jeu de cette cage qui admet ou chasse l'air. Par conséquent, pour que cet organe en reçoive une quantité quelconque au delà de celle qu'il contient dans un moment donné, il faut qu'en même temps la poitrine se dilate. Or, je le demande, est-il possible d'admettre que de l'air, poussé avec un tube laryngien ou bouche à bouche, le soit avec assez de précision et de force pour soulever les parois costales ? Nous admettons volontiers que le diaphragme puisse éprouver un certain degré d'abaissement, mais cet abaissement sera-t-il assez considérable, et fera-t-il pénétrer dans les poumons une quantité d'air suffisante pour ranimer la respiration?

J'ai voulu savoir par l'expérimentation sur le cadavre jusqu'à quel point l'insufflation pouvait faire entrer l'air dans la poitrine. En introduisant un tube de Chaussier dans l'ouverture supérieure du larynx, ce qui, soit dit en passant, est extrêmement difficile sur l'adulte, même en prenant soin d'attirer la langue avec un crochet ; en insufflant, dis-je, par l'ouverture supérieure du larynx, je n'ai obtenu aucun résultat. J'ai alors incisé la trachée et placé le tube dans les lèvres de la plaie, en faisant comprimer fortement les voies aériennes au-dessus de ce point. J'ai alors obtenu un abaissement manifeste du diaphragme, traduit par un soulèvement de la paroi abdominale. Les côtes sont restées immobiles.

Je crois donc, en résumé, que l'insufflation n'est pas aussi com-

plétement impuissante que le pense M. Denonvilliers. Mais, en présence des difficultés de son application et de la petite quantité d'air qu'elle permet d'introduire dans les voies aériennes, on ne doit compter que fort peu sur son efficacité, surtout lorsqu'elle est pratiquée bouche à bouche.

En présence de ces faits, dont l'évidence paraît incontestable, quel degré de confiance peut-on avoir dans les observations où l'on nous montre l'insufflation pulmonaire comme ayant obtenu d'éclatants succès et réussi en quelque sorte à opérer de véritables résurrections? Notre excellent collègue M. Ricord nous a fait connaître quatre observations de cette nature, et à Dieu ne plaise que je veuille ici le moins du monde mettre en doute sa bonne foi! mais, franchement, lorsque l'on considère la rareté des accidents graves dus au chloroforme, peut-on s'empêcher de remarquer d'abord que notre collègue eût été bien malheureux d'en observer à lui seul quatre exemples? et n'est-il pas plus naturel d'admettre que ce chirurgien, effrayé des symptômes qu'il avait sous les yeux, s'en sera exagéré l'importance?

Au demeurant, nous ne pensons pas que l'insufflation bouche à bouche soit entièrement dépourvue d'utilité. Elle peut, par exemple, débarrasser l'arrière-gorge des mucosités qui l'obstruent et stimuler l'entrée des voies aériennes.

Dans un travail publié en 1850 (Union médicale, 7 mai 1850), M. Duroy, pharmacien à Paris, renouvelant le conseil donné en 1848 par M. Blanchet, propose de pratiquer l'insufflation pulmonaire avec de l'oxygène. Il considère l'action vivifiante de ce gaz comme ayant plus d'énergie que l'air atmosphérique pour rétablir l'*hématose et la circulation du sang, en un mot la vie.*

Pour le démontrer, il a institué deux séries d'expériences ingénieuses : dans la première, il a soumis comparativement des animaux à l'action des vapeurs de chloroforme mélangées à l'air et à l'oxygène, et il a constaté que les animaux succombaient plus vite avec l'air atmosphérique qu'avec l'oxygène pur. Dans la seconde série, il s'est proposé de comparer les effets des insufflations d'air et d'oxygène sur les animaux que le chloroforme avait plongés dans un état voisin de la mort. L'oxygène les rappelait généralement à la vie avec promptitude, tandis que l'insufflation avec l'air était impuissante à conjurer la terminaison funeste.

Nous n'avons rien à objecter à ces expériences ; mais, si l'on veut en conclure avec M. Duroy qu'il faille employer l'oxygène comme antidote du chloroforme, il restera à aplanir les difficultés de son applica-

tion dans la pratique. Il faudrait constamment avoir avec soi des vessies d'une capacité énorme, puisque d'après M. Duroy il ne faut pas moins de trois litres d'oxygène pour ranimer des lapins, et de dix litres pour un chien du poids de vingt-cinq livres.

Un dernier procédé de respiration artificielle consiste à exercer à la fois sur le thorax et sur l'abdomen des pressions cadencées. Il est facile de concevoir le mécanisme de ces manœuvres, qui, portant principalement leur effet sur les parois costales, doivent d'abord diminuer plus ou moins l'ampleur de la cavité thoracique et chasser au dehors une portion de l'air contenu dans les poumons. Lorsque la pression est interrompue, les côtes, obéissant à l'élasticité de leurs ligaments et de leurs cartilages, reprennent leur position première et, rendant au thorax ses dimensions, tendent à produire un vide que l'air comble aussitôt en se précipitant dans les poumons. Il est probable que le diaphragme prend aussi une certaine part à cette ampliation de la poitrine ; car s'il a été refoulé en haut au moment de la pression exercée sur l'abdomen, les côtes inférieures qui lui donnent insertion doivent, en reprenant leur position naturelle, exercer une traction légère sur ses fibres et en diminuer la courbure.

Il nous semble évident que ce mode opératoire doit avoir plus d'efficacité que celui qui consiste à pratiquer l'insufflation. Celle-ci n'agit, en effet, que sur le diaphragme ; et encore faut-il que l'air soit poussé par une ouverture faite à la trachée, les voies aériennes étant fermées à leur partie supérieure. Il n'en est pas de même de la pression méthodique sur les côtes et sur l'abdomen, qui agit à la fois sur le thorax et sur le diaphragme. Enfin, ce qui complète la supériorité de cette méthode, c'est la facilité et la rapidité de son exécution. Jusqu'à présent elle n'a presque pas encore été employée; mais l'observation intéressante que nous a rapportée M. Denonvilliers prouve qu'elle peut être employée avec un grand avantage:

M. Bickersteth a recommandé, dans la pratique de la respiration artificielle, une précaution qui nous paraît très-utile; il veut que tout d'abord on attire la langue en dehors de la bouche, et que, passant un crochet à son extrémité, on confie celui-ci à un aide. Il s'appuie sur ce que, le malade étant couché sur le dos, aussitôt que la respiration s'arrête et que la mâchoire s'abaisse, la base de la langue a une tendance particulière à tomber en arrière et à boucher l'orifice de la glotte. La respiration artificielle, dans de semblables conditions, est illusoire. Il pense que, si dans quelques cas cette opération a échoué, c'est qu'on a négligé ou employé trop tard cette simple précaution. Le médecin anglais a basé ses convictions sur un grand nombre d'expériences

faites chez les animaux, et sur des observations prises chez l'homme.

4° Il me reste à étudier l'agent qui stimule le système nerveux et musculaire : je veux parler de l'électricité.

M. le docteur Abeille paraît être le premier qui ait eu la pensée de l'opposer aux accidents produits par le chloroforme. En 1848, il pratiquait pour la troisième fois l'électro-puncture sur une masse de ganglions cervicaux qui gênaient la déglutition et la respiration. Le sujet était un jeune homme de seize ans. Il essaya préalablement de l'endormir par le chloroforme, mais les inhalations amenèrent un état très-alarmant, bien que maniées comme dans les précédentes séances. La respiration stertoreuse, le refroidissement et une teinte violacée de la face, l'extrême petitesse du pouls, etc., tout faisait craindre immédiatement une issue funeste.

Le traitement ordinairement employé en cas pareil restait insuffisant, lorsque le souvenir du réveil subit par l'électro-puncture dans les précédentes séances engagea l'opérateur à faire immédiatement l'application de cet agent. Deux aiguilles implantées à la région cervicale servirent de conducteurs à l'électricité, mise aussitôt en jeu. En moins de deux minutes le malade était revenu à son état normal par le retour successif de la respiration et de la circulation.

Partant de ce fait, M. Abeille entreprit des expériences sur les animaux, pour s'assurer si l'électricité était réellement un remède sûr contre les accidents chloroformiques.

Dans une première série d'expériences, les chiens étaient foudroyés par le chloroforme. Il y avait absence de respiration et de pouls, cessation absolue de toute impulsion du cœur. Dans ces cas, l'électro-puncture, pratiquée sur l'axe cérébro-spinal, déterminait des secousses musculaires, des mouvements factices de respiration, et rien de plus. Quelque prolongée que fût l'action de la pile, la mort était réelle.

Dans une seconde série, la chloroformisation était poussée progressivement *jusqu'à la presque insensibilité du pouls*, le cœur donnant encore de faibles impulsions, mais la mort paraissant imminente à cause de la cessation des mouvements respiratoires. Sous l'influence de l'électro-puncture la respiration s'exécutait, d'abord factice, puis réelle. Le pouls reparaissait, irrégulier et confus d'abord, puis énergique et régulier. Le cœur soulevait les parois costales. Terme moyen, entre une minute et deux minutes et demie l'animal récupérait ses fonctions physiologiques.

De ces faits M. Abeille a conclu que l'électricité est pour ainsi dire l'antidote de l'anesthésie chloroformique, et que lorsqu'il survient des accidents à la suite de l'inhalation, le moyen le plus prompt, le plus

sûr, le seul qui mérite d'être immédiatement employé, est l'électro-puncture (Académie des sciences, 20 octobre 1851).

Dans ces derniers temps, M. Jobert (de Lamballe) a aussi expérimenté la valeur de l'électricité, et les résultats qu'il a obtenus sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler (Académie des sciences, 20 août 1853).

Avant d'entretenir la Société de chirurgie de faits aussi importants, j'ai voulu les soumettre moi-même au contrôle de l'expérience. Ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Abeille et Jobert, j'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsqu'au contraire on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, *les mouvements du cœur toutefois persistant, quoiqu'à un faible degré,* il m'a presque toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Les aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode, et dont les effets sont puissants. A la première décharge une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et en peu de temps l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment.

Ces expériences, que j'ai plusieurs fois répétées en présence de MM. les docteurs Abeille, Debout, et des élèves de l'hôpital Beaujon, nous révèlent toute la puissance de l'électricité, et nous tracent aussi les limites de sa sphère d'action. Elle peut bien, en agissant sur la contractilité musculaire, rétablir les mouvements respiratoires; mais elle n'agit pas directement sur le cœur, et elle n'a pas le pouvoir de réveiller son action. Et qu'on ne m'objecte pas qu'en agissant sur la respiration on agit par cela même sur le cœur. Les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme démontrent que, toutes les

fois que le pouls a bien réellement cessé de battre, l'électricité demeure sans résultat. Il est donc permis de douter qu'on puisse compter sur cet agent dans les accidents produits chez l'homme par le chloroforme, accidents d'une nature spéciale, bien différents de ceux qu'il amène par son action progressive chez les animaux, et qui portent directement sur le centre circulatoire. Du reste, l'expérience a parlé. Les observations déjà citées de M. Paget et de M. Quain, et celle de M. Dunsmure, que je rapporterai plus bas, sont de nature à ébranler la confiance que l'on pourrait accorder à l'électricité. Quant à l'observation de M. Abeille, elle ne me paraît nullement concluante. L'auteur dit lui-même que la respiration persistait encore et que le pouls était faible : donc le cœur battait toujours. Ce cas me semble donc rentrer dans la catégorie des faits ordinaires où les accidents, quoique graves, cèdent, en général, à des moyens moins actifs et bien dirigés.

Indépendamment de ces objections que l'on peut adresser à l'électricité, il en est une que soulève la difficulté même de son application. Il faudrait avoir un appareil électrique fonctionnant auprès de soi chaque fois que l'on emploie le chloroforme. Cette mesure, qu'il serait possible d'adopter, non sans difficulté, dans les hôpitaux, ne pourrait certainement passer dans la pratique civile.

Je pense donc que l'électricité n'est point appelée à rendre les services qu'il serait permis d'espérer d'un moyen aussi énergique.

Voici l'observation de M. Dunsmure :

Un malade, convalescent d'une pneumonie, entra dans le service de chirurgie de l'Infirmerie royale d'Edimbourg, pour y être traité d'un rétrécissement ancien de l'urètre. La rigidité et l'étroitesse de l'obstacle rendant très-douloureux l'emploi des bougies, et celui-ci provoquant de la douleur et des frissons, le chirurgien de cet hôpital, le docteur James Dunsmure, résolut de pratiquer l'urétrotomie par la méthode de M. Syme. On expliqua au patient la nature de l'opération qu'on se proposait de faire. Il y consentit parfaitement et fut conduit à l'amphithéâtre d'opérations le 28 septembre 1853. M. Dunsmure était assisté par un collègue, M. Spence, et par ses élèves et ses aides. Selon l'usage de l'Infirmerie, le chloroforme fut administré par le docteur Struthers, chirurgien interne. L'auteur fait remarquer que ce médecin, avant de remplir ses fonctions dans le service chirurgical, avait été employé pendant dix-huit mois en qualité d'élève externe et interne dans les salles d'accouchement, sous la direction du docteur Simpson, et qu'il avait eu constamment l'habitude d'administrer le chloroforme. Aussitôt que le patient eut été inhalé, il eut beaucoup de suffocation ; la face et la tête devinrent très-congestionnées. Il parut avoir de légères convulsions ressemblant à une attaque d'épilepsie, comme on en a observé quelquefois chez les gens du peuple livrés à l'intempérance. Pendant les convulsions, le mouchoir sur lequel avait été versée la liqueur fut éloigné et tenu à quelque distance de la face.

Au bout d'un peu de temps, le chloroforme produisit son effet ; le ronflement devint violent, et on éloigna complétement le mouchoir de la bouche. Aussitôt que le malade fut tranquille, on le plaça dans la position usitée pour la taille. Précisément à l'instant où l'on fit au périnée la première incision, un des assistants dit que le pouls s'affaiblissait. M. Spence fit alors remarquer qu'il était encore bon à la tibiale postérieure. Mais au bout d'une ou deux secondes, ces deux messieurs s'écrièrent que le pouls avait disparu. Le chirurgien se précipita à la tête du malade et vit que la respiration avait cessé. Ceux qui étaient en état d'observer la respiration, ce que M. Dunsmure ne pouvait faire, à cause de la position qu'il occupait pour opérer, affirmèrent positivement que la respiration n'avait pas cessé avant le pouls. La face était congestionnée, les mâchoires serrées et les pupilles très-dilatées. On ouvrit la bouche par force, et on tira la langue hors de la bouche à l'aide de pinces. On eut recours à la respiration artificielle. Il s'ensuivit bientôt une inspiration. Celle-ci fut bientôt accompagnée d'une seconde, puis d'une troisième et d'une quatrième, à des intervalles plus longs. Après la cinquième, tout effort de respiration naturelle cessa. Aucune pulsation ne pouvait être sentie à l'artère radiale. On avait tout d'abord envoyé chercher un appareil galvanique. Il arriva enfin, aussitôt après que le malade venait de faire sa cinquième inspiration. On fit la trachéotomie pour pratiquer plus sûrement la respiration artificielle. La veine jugulaire externe fut aussi ouverte, et il s'en écoula environ deux onces de sang. Quand on eut introduit la canule à trachéotomie dans la trachée, l'appareil électrique se trouva en état d'agir. Il fut appliqué sur chaque côté du diaphragme. Il fonctionnait remarquablement bien. A chaque application des éponges, le muscle descendait comme si le malade eût été en état de vie. L'air passait à travers le tube de la trachée. Un moment les assistants pensèrent que le patient était sauvé ; mais peu à peu les muscles perdirent leur contractilité, et, quoique le galvanisme fût resté appliqué pendant une heure, il devint évident que tous les efforts étaient vains et que la vie était éteinte. L'autopsie ne présente aucune circonstance remarquable (*Monthly journal of medical science*, novembre 1853, page 425).

Je me borne à citer ici l'observation de M. Dunsmure, parce qu'elle offre à la fois le saisissant tableau des accidents dus au chloroforme et nous montre l'inutilité des soins actifs et persévérants dirigés par des hommes habiles. Il me serait facile d'y joindre beaucoup de faits semblables, si je ne craignais d'augmenter indéfiniment l'étendue de ce travail. Malheureusement l'impuissance de l'art n'y est que trop souvent démontrée ; et peut-être suis-je encore autorisé aujourd'hui à persévérer dans la conclusion de mon rapport, à savoir : que l'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par le chloroforme et d'en prévenir les funestes résultats. Cependant quelques faits rapportés dans la discussion, et surtout celui que M. Denonvilliers nous a fait connaître, me donnent la consolante pensée que cette conclusion a été trop exclusive. Heureux si j'étais obligé d'avouer un jour que je me suis complétement trompé.

J'ai l'honneur de soumettre à la sanction de la Société de chirurgie les conclusions qui suivent :

CONCLUSIONS.

1° Le chloroforme peut causer la mort lorsqu'il est mêlé à l'air en de trop fortes proportions.

2° Néanmoins, à raison de susceptibilités individuelles, il peut amener de graves accidents et la mort, alors même qu'il a été administré à de faibles doses.

3° L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est pas à craindre, à moins qu'on n'ait recours à des procédés d'inhalation défectueux et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration.

4° Le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave lorsqu'elle survient.

5° Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine, qu'elle constitue une véritable sidération.

6° La syncope peut arriver au début même de l'opération, et semble résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire lui-même. Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après l'opération.

7° Les anesthésiques sont tous plus ou moins toxiques. Le chloroforme est le plus dangereux, mais il est aussi le plus puissant. L'éther est moins redoutable, mais il est moins énergique. Le mélange à volume égal d'éther et de chloroforme me semble le meilleur des anesthésiques. (Depuis que j'ai lu la première partie de ce travail, j'ai eu l'occasion d'en faire assez fréquemment usage : il produit promptement l'insensibilité et semble provoquer moins de réaction que le chloroforme ou que l'éther.)

8° Avant de recourir à l'emploi du chloroforme, il faut en rechercher les contre-indications, soit pour rejeter l'anesthésie, soit pour en restreindre l'application.

9° Lorsqu'on administre le chloroforme, il importe de surveiller attentivement l'état du pouls et celui de la respiration.

10° Le danger du chloroforme étant, en général, proportionnel à la concentration de ses vapeurs, il serait utile de pouvoir doser celles-ci ; mais l'inhalation devant être faite à l'air libre, ce dosage est impossible. Il convient donc de débuter par des proportions très-faibles, qu'on augmente graduellement d'après les effets produits.

11° L'action du chloroforme étant progressive et successive, on parvient à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait

de la continuité des inhalations à doses modérées, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

12° L'état dit de tolérance anesthésique étant obtenu, on peut le prolonger plus ou moins longtemps, à la condition de rendre l'inhalation intermittente.

13° Quand, pour un motif quelconque, le malade a dû absorber de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

14° Dans les cas de syncope grave ou de sidération, il convient de recourir aux moyens suivants :

1. Exposer le malade à un air frais et pur.

2. Donner au corps une position telle que la tête soit déclive.

3. Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant.

4. Pratiquer la respiration artificielle par des pressions cadencées sur le thorax et l'abdomen.

5. Les excitants de la peau, tels que des frictions, les rubéfiants, etc., pourront être subsidiairement employés. ROBERT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES POUR L'EMPLOI DU FRÊNE COMMUN COMME PURGATIF.

Nous avons déjà mis sous les yeux des lecteurs du *Bulletin* les diverses formules proposées pour l'emploi de ce végétal; nous allons encore soumettre à leur appréciation les nouvelles préparations de frêne qui viennent d'être publiées.

Présenté d'abord comme un agent énergique propre à combattre les affections goutteuses et rhumatismales, le frêne est maintenant recommandé comme un excellent purgatif. M. Mouchon, qui rappelle cette propriété du frêne, a recherché quelles étaient les préparations pharmaceutiques qui convenaient le mieux pour l'administration de cet agent thérapeutique, et il propose les formules suivantes :

1° Deux sirops sous les numéros 1 et 2. (32 grammes de ces sirops représentent 4 et 8 grammes de frêne.) La formule du sirop n° 1 a été insérée dans le XLIVe volume du *Bulletin*, page 207. Nous ne la reproduisons pas ; mais nous dirons que M. Mouchon a reconnu qu'il était nécessaire d'ajouter de la gomme à ces sirops, parce qu'ils laissent déposer, après un certain temps, un précipité assez abondant. La quantité de gomme qu'il conseille d'employer est de 30 grammes (1 once), pour la formule publiée dans le *Bulletin*. Nous ne copierons pas la formule du sirop n° 2, parce que tous les

pharmaciens pourront transformer facilement le sirop n° 1 en sirop n° 2.

Une ou deux cuillerées du sirop n° 2 purgent bien les enfants. Il faut au moins quatre cuillerées de ce sirop pour purger un adulte.

2° Des extraits hydroliques et alcooliques de feuilles, de semences, d'écorce de frêne. Il pense que les extraits préparés avec l'écorce de frêne peuvent être administrés comme antipériodiques.

3° *Tablettes fraxinées.*

Pr. Extrait sec de feuilles de frêne............	60 grammes.
Sucre pulv............................	440 grammes.
Gomme adragante......................	4 grammes.
Sucre de vanille à parties égales..........	4 grammes.
Eau de rose...........................	30 grammes.

Faites une poudre homogène avec l'extrait, la vanille sucrée et le sucre; convertissez cette poudre en une pâte compacte, à l'aide du mucilage; puis divisez la masse en tablettes de 80 centigrammes.

Ces tablettes ne contiennent pas tout à fait 10 centigr. d'extrait.

4° *Limonade fraxinée.*

Pr. Poudre de feuilles de frêne....... 45, 60 ou	90 grammes.
Eau bouillante.........................	500 grammes.
Sucre en morceaux.....................	60 grammes.
Suc de citron.........................	30 grammes.
Acide tartrique.........................	4 grammes.
Bicarbonate de soude..................	4 grammes.

Épuisez la feuille de frêne par l'eau bouillante, faites dissoudre le sucre dans l'hydrolé, laissez refroidir, ajoutez le suc de citron et l'acide tartrique, passez le liquide, mettez-le en bouteille, introduisez rapidement le bicarbonate et bouchez avec soin.

D'après l'auteur, ce purgatif est aussi agréable que le purgatif au citrate de magnésie. Son action est toujours certaine et le malade n'a jamais de coliques.

Il est inutile de faire remarquer que les doses indiquées dans la formule sont affectées aux grandes personnes; aux personnes robustes les doses les plus fortes; aux personnes faciles à émouvoir ou d'un tempérament délicat, les doses les plus faibles.

PATE DE DOUCE-AMÈRE.

M. Pichon, pharmacien à Aix-les-Bains, vient d'annoncer que la pâte de douce-amère produisait des effets merveilleux dans l'angine

tonsillaire, la pharyngite, la stomatite, les ulcérations syphilitiques de la gorge et du palais, l'aphonie, etc.

Voici la formule qu'il propose :

« Pr. Douce-amère (tiges récentes fendues

et coupées)	250	grammes.
Eau	2,000	grammes.
Gomme arabique	1,500	grammes.
Sirop de douce-amère (Codex)	2,000	grammes.

« Versez sur la douce-amère, eau bouillante, environ 400 grammes ; après douze heures d'infusion, passez, laissez déposer, décantez la liqueur et conservez-la à part ; faites de nouveau infuser le résidu dans 1,600 grammes d'eau.

« Concassez la gomme arabique ; faites-la dissoudre, au bain-marie, dans la liqueur provenant de cette deuxième infusion ; passez ; remettez la solution gommeuse sur le feu avec le sirop de douce amère.

« Faites évaporer en consistance de sirop très-épais, en ajoutant vers la fin le premier infusé qui a été mis à part.

« Laissez refroidir ; enlevez la croûte formée à la surface et coulez dans des moules en fer-blanc ; passez au mercure, que vous porterez à l'étuve, pour achever la concentration de la pâte. »

Nous croyons devoir conseiller aux pharmaciens qui voudraient préparer cette pâte, de supprimer le sirop de douce-amère, de le remplacer par 750 grammes de sucre, et de faire l'infusion avec la douce-amère prescrite et la douce-amère qui est contenue dans les 2,000 grammes de sirop de douce-amère. Nous leur dirons encore que nous comprenons bien qu'un pharmacien s'amuse, s'il a le temps, à fendre la douce-amère pour la livrer au public, parce que cette tige est plus jolie lorsqu'elle est fendue ; mais que nous ne comprenons pas qu'il recommande de la fendre pour faire une préparation officinale, puisque l'eau enlève très-bien à la douce-amère, coupée transversalement en petits tronçons, tous les principes médicamenteux qu'elle contient.

Nous avons déjà lu beaucoup de formules de pâte, et, chose extraordinaire, nous n'avons jamais vu les auteurs de ces formules recommander d'abandonner au repos le soluté gommeux après l'avoir passé, et de le décanter avec soin, pour le séparer du sable qui s'est déposé. Cette recommandation est cependant nécessaire ; car, sans cette précaution, le malade a l'inconvénient de mâcher du sable en mangeant la pâte.

Deschamps.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE STRABISME GUÉRI PAR L'EXERCICE.

Depuis que les cas trop nombreux d'insuccès ont généralement fait abandonner les moyens médicaux ou chirurgicaux tour à tour préconisés pour le traitement de cette affection, la question du strabisme est, comme il arrive alors souvent en médecine, tombée dans l'oubli le plus complet. L'observation suivante est trop remarquable par le succès qui a couronné l'emploi d'un traitement fort simple, pour ne pas la citer et encourager l'essai des mêmes moyens, qui ont au moins pour eux l'avantage d'être inoffensifs.

M. A..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament nerveux, employé dans une maison de commerce de la ville, avait remarqué depuis trois ou quatre ans, ou plutôt on lui avait fait remarquer, qu'il louchait de son œil gauche. Quand nous fûmes consulté par M. A..., pour une autre affection, il nous demanda s'il n'y aurait pas moyen de remédier à sa pénible et souvent douloureuse infirmité. Car, à la longue, le strabisme de cet œil, entièrement dévié en bas et en dehors, avait entraîné une contraction continuelle et irrégulière de la plupart des muscles de ce côté de la face, et il en était résulté un tic douloureux, parfois tellement intense, que ce côté de la figure était toujours grimaçant lorsque la physionomie devenait expressive. Quoique notre réponse immédiate fût négative, comme parole d'espoir, nous lui citâmes l'exemple d'un enfant dont un œil affecté de strabisme avait été redressé par des exercices plusieurs fois répétés. Oligé d'exiger de cet enfant la dilatation prolongée des pupilles, nous fûmes étonné, en le voyant fixer, pendant quelques secondes, à distance, d'obtenir de la régularité des orbites dans cette tension forcée. Pour ne pas désespérer notre malade, nous lui proposâmes un pareil exercice, un traitement assez singulier, dont l'observation et le hasard seuls nous avaient donné l'idée. Depuis, nous avons appris que M. le professeur Roux l'avait longtemps mis en usage pour lui-même. D'après ce que nous avons lu, il se contentait de fixer la vue sur une glace. Nous avons, nous, varié les exercices des yeux dans tous les sens, et d'après une méthode particulière. Dans toutes ces séances, il faut, nous n'avons pas besoin de le dire, une complète obéissance et une grande patience de la part de la personne, en même temps qu'une grande fermeté chez le médecin dans ses conseils, ou plutôt dans ses commandements, car il s'agit seulement d'exercices.

Le malade doit être mis en face, et à 1 ou 2 mètres au plus, d'une

fenêtre largement éclairée et dont le jour s'étende le plus loin que possible. Les yeux doivent d'abord être fermés une à deux minutes. Pendant ce temps, on recommande, au mot de : *ouvrez*, d'écarter les paupières brusquement, largement, par une contraction énergique, comme si, par l'extension des muscles, ils devaient chasser le globe de l'œil des orbites; puis, après quelques secondes et sans attendre la moindre fatigue, de les fermer subitement. Dans ce mouvement, la personne fixera un objet éloigné. Ce premier exercice sera répété vingt fois de suite et plusieurs fois par jour. Dès qu'elle y sera habituée, c'est-à-dire qu'elle pourra tenir les yeux fixes et tendus à distance, le parallélisme étant déjà établi, le médecin commandera le second exercice : *regarder en haut et en bas*.

Avant ce mouvement, comme avant tous, les yeux doivent donc se fermer d'abord, puis, au commandement de : *Ouvrez*, s'ouvrir largement, comme par l'effet d'un ressort, et la vue se fixer au loin, toujours avec la recommandation de la tendre, de la forcer. Après trois ou quatre secondes du temps *fixe*, on fera le commandement de *en haut* et *en bas*, dans cet ordre : Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *haut*; fermez; ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *bas*. C'est-à-dire qu'entre chaque mouvement, les paupières seront fermées, et entre chaque exercice, chaque commandement, il y aura quelques secondes de repos, de manière à ne jamais fatiguer les yeux, ni forcer les larmes.

Après cinq à six jours de ces exercices répétés, on sera étonné, comme nous l'avons été nous-même, de la facilité avec laquelle se rétablit le parallélisme des orbites lors et en dehors des exercices.

Une recommandation extrêmement importante à faire aux malades, et très-difficile à suivre, c'est de ne jamais regarder de côté, de ne jamais tourner la tête et les yeux seuls de droite ou de gauche, mais d'abord le corps, soit qu'on veuille marcher, voir, parler, ou saisir quelque objet, de manière à ce que la tête soit toujours droite et fixe, en face de la personne ou de l'objet. Ce sont, à la vérité, deux ou trois semaines d'observations pénibles et difficiles, mais qui ne seront rien pour les malades désireux de leur guérison, dont ils constateront le commencement dès le deuxième ou troisième jour; rien, en comparaison d'une opération trop souvent infructueuse. Au bout de huit à dix jours de ces trois exercices : regardez, *fixe, en haut* et *en bas*, on arrivera aux deux suivants : Regardez à *droite* et à *gauche*, qui seront exécutés, le même laps de temps, de la même manière, toujours avec la même précision, la même tension des muscles et dans cet ordre : Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, fixe; *droite*, fixe; fermez. Ouvrez, *fixe*; fermez; ouvrez, *fixe*; *gauche*, *fixe*; fer-

mez. Chaque exercice ne doit durer qu'une minute. Cet ordre, que nous avons suivi et que chacun pourra modifier à son gré, probablement sans inconvénient, est celui qui nous a réussi chez M. A..., cas d'autant plus difficile que la cause du strabisme était tout à la fois nerveuse et musculaire, et que tout ce côté de la face était difforme au moindre mouvement des yeux, au jeu de la parole, à la moindre expression de la figure.

Nous devons ajouter qu'en même temps nous faisions prendre, matin et soir, une infusion d'arnica, et mettre en usage un collyre de strychnine.

Un autre moyen, que nous avons employé en même temps, avec beaucoup d'avantage, est un verre noir de lunette, dans le centre duquel est enchâssé un morceau de verre de la grosseur d'un pois, taillé de manière à être le plus brillant que possible. Par ce moyen, la pupille est toujours frappée par l'éclat seul de ce noyau étincelant, qui l'attire directement, et au travers duquel la lumière parvient au centre de l'œil. Nous ne pensons pas que l'usage de ce verre de lunette ait jamais été mis en pratique. Docteur Paris.

Gray (Haute-Saône).

DE LA VACCINATION COMME TRAITEMENT DES NÆVI MATERNI.

Permettez-moi d'ajouter aux intéressantes remarques sur deux cas de nævi materni, traités avec succès par la vaccination insérées dans le numéro du 30 juin dernier du *Bulletin général de Thérapeutique*, (t. XLIV), quelques observations tirées de ma pratique, que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société médicale du Haut-Rhin.

« Dans le numéro de septembre de la Gazette médicale de Strasbourg (1853, page 325), se trouve une lettre du docteur Mestmann, de Wissembourg, qui recommande la vaccination comme moyen de faire disparaître les nævi materni. Ce moyen, qui déjà avait été proposé il y a quelques années, jouit en effet d'une efficacité bien remarquable, et je puis ajouter mon tribut d'observations à celles de notre honorable confrère du Bas-Rhin. Chargé, depuis dix ans, du service des vaccinations dans le canton de Belfort, j'ai eu occasion d'employer cinq ou six fois ce moyen avec plein succès : une fois, entre autres, sur une petite tache rouge, constituée par du tissu érectile très-superficiel, qui se trouvait au bout du nez d'un enfant, et qui produisait un effet des plus désagréables. Je fis, dans cette petite tumeur, cinq piqûres avec la lancette chargée de vaccin ; à ma surprise, il ne survint pas d'hémorrhagie, et à la place de la tumeur, on voit la cicatrice gaufrée qui succède à la pustule vaccinale. Il est d'autant plus

important d'employer ce moyen si simple et si sûr, que ces tumeurs prennent souvent, même dans les premières années de la vie, un très-grand développement, tant en largeur qu'en profondeur, et ne permettent plus d'employer, comme succédané de la vaccination, l'inoculation avec l'huile de croton, également recommandée dans ces cas. Il faut aussi faire une distinction entre ces tumeurs : ce ne sont que celles qui sont constituées par un développement vasculaire du derme proprement dit, qui peuvent être avantageusement modifiées par ces moyens ; car l'inflammation qui accompagne l'éruption vaccinale a son siége dans le tissu du derme ; elle serait naturellement sans effet sur les tumeurs érectiles sous-cutanées, qui sont aussi très-fréquentes, mais qui réclament l'emploi de moyens plus énergiques, et qui résistent même souvent aux traitements les plus variés. »

Si pour accréditer un fait dans la science et faire accepter un mode nouveau de traitement par les praticiens, il suffisait d'une exposition parfaite, appuyée de faits concluants, je n'aurais pas eu l'idée de mentionner mes observations, bien moins importantes et moins concluantes que les vôtres, en faveur de l'emploi de la vaccination contre les nævi materni ; mais les faits ne sont acceptés ou remarqués qu'après une production réitérée, et les praticiens prudents ne se décident que lentement en faveur de l'emploi de moyens nouveaux.

Je m'estimerais heureux si je pouvais contribuer avec vous à faire connaître et à faire adopter ce moyen aussi simple que facile et efficace contre ces difformités toujours désagréables et quelquefois suivies d'accidents sérieux. HERGOTT, D. M. à Belfort,

Secrétaire de la Société médicale du Haut-Rhin.

DE L'EMPLOI DES SERRES-PLATES, OU DE LA SUTURE ENTORTILLÉE COMME MOYEN D'ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE QUI SUIT L'APPLICATION DES SANGSUES CHEZ LES ENFANTS.

Dans son travail sur « l'application des sangsues chez les enfants », M. Hervieux fait observer que le procédé indiqué par le docteur Lœwenhart, pour arrêter les écoulements rebelles des piqûres, pourrait être avantageusement remplacé par la suture entortillée. Ce moyen est précisément celui dont je me sers avec un succès constant depuis nombre d'années. L'idée m'en a, du reste, été fournie par la médecine vétérinaire qui ne fait pas autre chose pour la saignée des chevaux, et je fus un jour fort heureux de lui emprunter cette pratique dans une circonstance où toute autre ressource m'était interdite. Je me sers pour cela d'une épingle en acier fine et enduite d'un corps gras, que je fais passer

en dessous de la piqûre soulevée au moyen d'un pli fait à la peau et par-dessous laquelle j'enroule une ligature, dont le degré suffisant de constriction est marqué par l'arrêt de l'hémorrhagie. Cette petite opération, qui est à peine douloureuse, et dont l'appareil n'a rien d'incommode, oppose un obstacle invincible à la sortie du sang, et possède l'avantage de pouvoir être pratiquée sur toute la périphérie du corps.

Deux fois aussi il m'est arrivé de maintenir la piqûre comprimée entre les mors d'une pince à ligature, et je m'en suis très-bien trouvé; mais ce moyen, qui est d'une exécution plus prompte, qui est plus facilement accepté par les parents, est, on le conçoit, d'une application moins étendue que le précédent. Cependant, les deux épreuves que j'en ai faites m'autorisent à le traiter avec plus d'indulgence que ne le fait M. Hervieux. Et je pense, d'ailleurs, qu'en le combinant avec la cautérisation, ou même avec les styptiques, on abrégerait son temps d'application, et on assurerait en outre l'action de ces derniers. Somme toute, il me semble qu'à part les cas où une bonne compression est praticable, ces deux moyens sont, parmi tous les autres, ceux qui offrent le plus de garantie pour arriver sûrement et promptement au résultat désiré.

Un de nos savants confrères, M. Delioux, a eu l'idée de remplacer la suture par l'emploi de serres-fines modifiées. L'action de ces *serres-plates* est facile à comprendre : comme elles peuvent être faites avec un fil d'acier, la pression qu'elles exercent doit triompher facilement de l'écoulement sanguin. Quoique je n'aie pas eu l'occasion de les expérimenter, puisqu'on les soumet immédiatement à mon appréciation, je n'hésite pas à appeler l'attention de nos confrères sur cette ingénieuse application de l'idée de M. Vidal (de Cassis).

J. Mellez, D. M.
à Raon-L'Étape.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'œil sur l'épidémie de choléra-morbus actuellement régnante. — Nous voici déjà assez loin du début de l'épidémie actuelle de choléra-morbus pour avoir notre opinion formée sur sa marche et ses caractères. Marche lentement progressive, gravité peut-être un peu moindre que celle des épidémies précédentes, telles sont les deux propositions qui résument notre opinion à cet égard. Au fond, c'est toujours la même maladie, avec sa gravité toujours très-grande, et qui ne diffère de celle observée à d'autres époques que

par des caractères de second ordre. Ainsi les vomissements, les évacuations alvines offrent moins souvent leur aspect caractéristique, les crampes sont moins fréquentes, etc., etc. Mais à nos yeux cette épidémie a eu surtout ce grand résultat qu'elle a permis de résoudre de la manière la plus nette et la plus positive la question controversée de la diarrhée prodromique, et qu'elle a donné pleinement raison au système préservatif mis en œuvre par nos voisins, système dont l'idée mère appartient certainement à notre savant confrère en journalisme, M. J. Guérin.

N'est-ce pas en effet un grand résultat acquis à la pratique que ce fait reconnu et admis de tous aujourd'hui, que dans les trois quarts des cas au moins le choléra est annoncé par des prodromes et en particulier par de la diarrhée, que la durée de cette diarrhée est généralement assez longue, et permet par conséquent au médecin d'intervenir avec succès et en temps utile? Les invasions d'emblée existent, nous devons le reconnaître; mais ce sont des exceptions heureusement fort rares, et le fait général n'en reste pas moins avec son utilité et ses conséquences pratiques. L'épidémie actuelle offre même à ce dernier point de vue quelque chose de tout particulier, en ce sens que dans la plupart des cas de choléra graves ou suivis de mort, la diarrhée ne remontait pas à quelques heures, à un jour, mais bien à huit, dix jours et plus; de sorte que c'est par suite d'une incurie impardonnable que les malades ont couru les chances toujours si graves du choléra confirmé. Enfin, cette diarrhée elle-même n'a pas paru présenter, dans la plupart des cas, une grande résistance, et les moyens les plus simples en ont fait justice aisément dans les cas ordinaires.

La longue durée de la période algide, la lenteur et la difficulté de la réaction constitueraient, à ce qu'il paraît, les traits principaux de l'épidémie régnante; nous avons été frappé, en effet, de voir des malades parvenus au troisième et au quatrième jour du choléra confirmé, sans que la réaction fût entièrement établie. Mais ce qui aurait plus d'importance au point de vue de la gravité de la maladie, c'est l'absence, la rareté comparative des accidents réactionnels inflammatoires soit vers le cerveau, soit vers le poumon. Trop souvent, en effet, les malades ne sortent de la période algide que pour rencontrer, dans la période de réaction, des accidents plus redoutables encore; et si les choses continuent à se passer comme elles l'ont fait jusqu'ici, la rareté des phénomènes réactionnels sera certainement marquée par une diminution proportionnelle dans le nombre des victimes de l'épidémie.

Nous ne donnons, néanmoins, tous ces renseignements qu'avec réserve. L'épidémie en est encore à son début, et il serait téméraire d'af-

firmer qu'elle s'arrêtera en chemin. Espérons qu'il en sera ainsi ; mais s'il en était autrement, si elle venait à prendre des proportions plus vastes et plus redoutables, qui peut affirmer qu'elle n'éprouverait pas de transformation ?...

Des indications rationnelles dans le traitement du choléra-morbus. — En l'absence d'un traitement spécifique, il faut évidemment rationaliser autant que possible le traitement du choléra. Le grand fait de l'existence de la diarrhée prodromique met le traitement prophylactique sur un excellent terrain. Combattre le plus tôt possible et par les moyens les plus efficaces et les plus énergiques cette diarrhée, telle est certainement la base de la prophylaxie du choléra. Mais une fois que la maladie a débuté, ou plutôt qu'elle s'est confirmée, les indications changent avec les diverses périodes de cette maladie.

Dans la période phlegmorrhagique ou d'accroissement, il faut évidemment s'efforcer d'arrêter les évacuations abondantes, de calmer les troubles qui commencent à se montrer vers l'encéphale et vers l'appareil circulatoire. Il semble donc qu'à cette période on doit pouvoir tenter avec succès les stimulants internes et externes unis aux astringents.

Les indications sont bien autrement pressantes dans la période algide : il faut obtenir avant tout une réaction, c'est-à-dire un retour de la circulation et de la chaleur ; les meilleurs remèdes sont donc ceux par lesquels elle se fera avec plus de promptitude et de fixité. La médication stimulante paraît seule en mesure de satisfaire à cette indication. Quant à employer exclusivement une méthode astringente et stupéfiante, dans le but d'arrêter les évacuations séreuses trop abondantes, ce serait négliger la maladie pour un symptôme. A la vérité, les stimulants peuvent être de diverses natures, mais le concours de la stimulation est toujours indispensable.

La réaction obtenue, si elle est simple, c'est-à-dire exempte de toute complication inflammatoire ou autre, le rôle du médecin consiste à maintenir dans de justes bornes cette excitation, d'abord nécessaire, et à la ranimer si elle tend à faiblir avant que les troubles cholériques soient complétement effacés, à faire disparaître par des remèdes appropriés les diverses lésions locales ; enfin, si de nouvelles complications survenaient, à les combattre aussitôt. Les émissions sanguines, les révulsifs cutanés et les dérivations sur le tube digestif doivent trouver, dans cette période, une place qu'ils ne pouvaient avoir dans les autres périodes.

Telle est notre manière de comprendre le traitement rationnel du choléra : nous ne la donnons pas comme quelque chose d'absolu et d'ir-

éfragable ; mais, à part quelques points de détail, il y a une telle conformité entre les vues que nous venons d'exposer et celles qui se trouvent renfermées dans nos meilleurs auteurs, que nous croyons pouvoir les donner avec confiance comme l'expression de ce que l'observation a fourni de plus certain sur le traitement de cette affection : ce qui ne nous empêche pas de faire des vœux sincères pour la découverte d'un traitement spécifique ; car nous ne partagerons jamais l'opinion de Cullen « que les spécifiques sont la honte de la médecine », et nous pensons, au contraire, que celui qui découvrirait un pareil traitement rendrait à l'humanité un service non moins signalé que celui que Jenner lui a rendu au commencement de ce siècle par la découverte de la vaccine.

Du traitement de la diarrhée prodromique du choléra par l'emploi des acides. — Ce n'est pas une chose nouvelle que l'emploi des acides dans le traitement de la diarrhée, et l'on trouve dans les plus anciens auteurs l'emploi des acides végétaux, tels que l'acide acétique et l'acide citrique, figurant dans les prescriptions destinées à faire cesser les dérangements intestinaux ; toutefois, l'introduction des acides dans le traitement du choléra et de la diarrhée prodromique en particulier paraît remonter à 1832 et avoir été faite pour la première fois en Allemagne. M. W. Herapath a publié en effet, en 1851, l'analyse d'un remède secret expérimenté, à ce qu'il paraît, avec grand succès, en 1832 et en 1849, dans plusieurs provinces de l'Autriche, sur l'ordre du gouvernement, et qui contient un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique, dans les proportions suivantes :

Pr.	Acide sulfurique à 1,845. . . .	19	grains.
	Acide nitrique à 1,500.	12	—
	Sucre.	24	—
	Eau.	406,5	—
	Pour une once de liquide à 1,055. . .	461,5	grains.

Une cuillerée à café de cette mixture toutes les demi-heures dans quatre ou cinq cuillerées d'eau froide.

C'est en 1851 que plusieurs médecins anglais, MM. Griffith, Smith et Hunt, firent connaître pour la première fois l'emploi de l'acide sulfurique dilué contre la diarrhée ; mais c'est surtout M. Fuller, médecin de l'hôpital Saint-Georges, qui a recommandé, dans ces derniers temps, avec le plus de force cet acide pour triompher de la diarrhée prodromique du choléra. « Rien de plus remarquable, dit-il, que les effets de ce médicament. Quelquefois après la seconde dose, plus souvent

après la troisième et presque toujours après la quatrième, douce sensation de chaleur à l'épigastre ; les extrémités ne tardent pas à se réchauffer ; les nausées et les vomissements se suspendent, s'ils ne se sont déjà suspendus ; les évacuations diarrhéiques cessent, les crampes disparaissent, et la face reprend son aspect naturel. Le plus généralement, il s'établit une transpiration abondante et le malade s'endort d'un sommeil réparateur ; à son réveil, il conserve seulement un peu de faiblesse. Les autres symptômes éprouvent une amélioration analogue ; la langue se nettoie et devient humide ; les garderobes prennent une couleur plus naturelle et s'accompagnent d'un flux bilieux abondant ; le pouls reprend sa force et ses caractères normaux. » J'ai entre les mains, ajoute M. Fuller, des notes sur plus de quatre-vingt-dix cas dans lesquels j'ai employé cet acide avec succès. Quant au mode d'administration, il est très-simple : M. Fuller donne, toutes les vingt minutes et même plus souvent, suivant l'intensité des accidents, 2 grammes d'acide sulfurique étendu d'une suffisante quantité d'eau.

L'acide sulfurique a été recommandé plus récemment par M. Sproston, qui aurait traité ainsi, sans échouer une seule fois, plus de cent cinquante cas de diarrhée, et principalement de diarrhée chez les enfants, dont plusieurs fort graves, c'est-à-dire avec vomissements, super-purgations, collapsus, coloration bleue de la peau, refroidissement des extrémités, etc. Ce médecin donne la mixture suivante :

Pr.	Acide sulfurique dilué.........	8 grammes.
	Sirop de framboises...........	12 grammes.
	Acétate liquide d'ammoniaque...	60 grammes.
	Eau distillée de menthe........	165 grammes.

Deux cuillerées à bouche de cette mixture après chaque évacuation diarrhéique.

Enfin, il y a quelques jours, un médecin distingué des départements, M. le docteur Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, a consigné dans la Gazette des Hôpitaux les résultats de sa pratique, relativement à l'emploi de l'acide sulfurique dilué contre la diarrhée et la cholérine, voire même contre le choléra-morbus. D'après ce médecin, l'acide sulfurique dilué, donné seul dans la diarrhée passive, supprimerait le plus souvent la diarrhée dans un espace de temps qui varie de deux à huit jours ; dans la cholérine et dans le choléra sporadique, l'acide sulfurique dilué, employé seul, ferait cesser les vomissements à la sixième cuillerée, les crampes persisteraient pendant douze heures environ, et la période algide serait fort longue ; tandis qu'en joignant à cet acide les bains salés (500 grammes de sel

par décalitre d'eau), les crampes disparaîtraient en quatre minutes et les vomissements céderaient à la quatrième cuillerée. D'après M. Lepetit, la dose d'acide sulfurique donnée par les médecins anglais serait trop faible, et on pourrait donner jusqu'à 20 grammes d'acide sulfurique dilué dans 250 grammes d'eau. Effectivement, ce médecin prescrit aux enfants, suivant l'âge, de 2 à 12 grammes d'acide sulfurique dilué, de 0,35 à 1,75 d'acide sulfurique médicinal, dans 115 à 250 grammes d'eau, avec quantité suffisante de sucre, deux cuillerées à café toutes les deux heures; et, chez l'adulte, de 12 à 20 grammes d'acide sulfurique dilué, de 1,75 à 2,75 d'acide sulfurique médicinal, également avec quantité suffisante de sucre, dans 250 grammes d'eau distillée ; deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Mais ce n'est pas seulement l'acide sulfurique qui a été recommandé contre la diarrhée prodromique. L'acide nitrique, l'acide nitreux ont trouvé des partisans. Ainsi M. Mahoney a donné la formule suivante :

Pr. Acide nitrique dilué.......... 8 grammes.
Mixture de camphre......... 240 grammes.
Teinture d'opium........... 4 grammes.

Deux cuillerées à bouche de cette mixture toutes les trois heures.

M. Whiteman préfère, au contraire, l'acide nitreux, qu'il prescrit comme suit :

Pr. Acide nitreux fumant à 1,212. de 2 à 4 grammes.
Eau distillée aromatique...... de 120 à 180 grammes.

L'acide est en quantité plus ou moins grande suivant l'intensité des accidents; et suivant les cas, M. Whiteman ajoute encore :

Teinture d'opium..... 40 gouttes.

Cette mixture est administrée par quart, chez un adulte, toutes les deux, trois ou quatre heures, dans une tasse de gruau léger et presque froid. Si la première dose est vomie, on y revient dix minutes après, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle soit conservée et la diarrhée arrêtée. M. Whiteman recommande de ne prendre d'aliment ou de boisson qu'une demi-heure après l'ingestion de l'acide. A l'aide de ce traitement, M. Whiteman aurait guéri parfaitement plus de cinq cents diarrhées.

Enfin, plusieurs médecins ont proposé de mélanger les acides ; ainsi, M. Anderson a recommandé la formule suivante, qui rappelle le remède autrichien :

Pr. Acide sulfurique dilué........ 8 grammes.
— nitrique dilué......... 4 grammes.
Mixture quelconque.......... 180 grammes.

Deux cuillerées à bouche toutes les deux heures, dans une tasse d'un

liquide quelconque ; et M. Tucker mélange l'acide nitrique et l'acide chlorhydrique, comme suit :

Pr.	Acide chlorhydrique dilué.............	4 gram.
	Acide nitrique dilué....................	4 gram.
	Teinture composée de cardamome.........	16 gram.
	Infusion composée de gentiane............	165 gram.

A prendre par quart, trois fois par jour.

M. Tucker recommande aussi cette mixture contre les diarrhées rebelles qui persistent, le choléra terminé.

Un concert si unanime de témoignages en faveur de l'emploi des acides dans la diarrhée prodromique du choléra nous faisait un devoir de nous assurer par nous-mêmes de l'efficacité de ce traitement, et nous avons prié notre collaborateur, M. Aran, de vouloir bien traiter ainsi quelques-unes des diarrhées, si communes en ce moment. C'est l'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé) qui a été employée par notre collaborateur, comme étant plus agréable et plus facile à prendre. La dose a varié, suivant les cas, entre 5 et 20 grammes de cette mixture dans 125 grammes d'une eau aromatique quelconque. La potion était prise de quart d'heure en quart d'heure par cuillerée à café, dans une petite tasse de tisane froide. Tous les malades sans exception, au nombre de quatre, ont pris cette boisson sans difficulté et sans répugnance, et, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, la diarrhée était, sinon arrêtée chez tous, au moins ramenée à des proportions très-modérées. La dose d'acide sulfurique prise dans les vingt-quatre heures a donc varié de 1 gr. 25 à 5 gr. En présence de ces faits, nous sommes par conséquent disposés à recommander, dans le traitement de la diarrhée prodromique, les acides dilués : nous disons les acides, car, dans notre opinion, il ne doit y avoir aucune différence entre les effets obtenus des divers acides employés ; et si nous penchons vers l'acide sulfurique, c'est que c'est celui dont le goût est le plus agréable et que les malades ingèrent avec le plus de facilité.

Bons effets de l'ipécacuanha dans la période phlegmorrhagique du choléra-morbus. — Pour ceux qui connaissent les effets si remarquables de l'ipécacuanha en poudre sur les flux diarrhéiques et dyssentériques, ce ne sera certainement leur apprendre rien de nouveau que de leur signaler les avantages de l'emploi de ce médicament dans la période phlegmorrhagique du choléra-morbus, et dans la période algide encore peu prononcée et non encore accompagnée d'une dépression considérable du pouls. Déjà, dans l'épidémie de 1832, M. Martin-Solon en avait obtenu de beaux succès. Dans l'épidémie

de 1849 et dans l'épidémie actuelle, nous avons vu M. Briquet en faire un très-grand usage. L'ipécacuanha est en effet le médicament qui, par ses propriétés, atteint le mieux le but que l'on doit se proposer dans cette période, et celui qui entraîne le moins d'inconvénients dans le cas où il reste inefficace.

M. Briquet préfère donner l'ipécacuanha en poudre que de toute autre manière, parce que sous cette forme il détermine plus rapidement et plus sûrement la secousse nécessaire. La dose est de 2 grammes de poudre en quatre paquets, un toutes les demi-heures. Pour aider l'action du médicament, on fait boire, dans l'intervalle des prises, de l'eau tiède et des boissons théiformes très-chaudes. Lorsque l'ipécacuanha a produit son effet et que la réaction commence à se faire, ce qui arrive, en général, s'il réussit, au bout de trois à huit heures, on aide cette réaction par l'emploi continu des boissons aromatiques.

La dose et le mode d'administration sont les mêmes dans la période algide; mais, d'une part, M. Briquet n'administre jamais ce médicament dans le cas de phénomènes algides très-intenses et déjà anciens, ou à des sujets considérablement épuisés ou chétifs; et, d'autre part, il en favorise l'action par quelques moyens excitants plus ou moins énergiques. Dans le cas où l'on n'a pas obtenu un résultat satisfaisant, on peut revenir une seconde fois au médicament.

En général, après la production des vomissements, il survient une dépression considérable qui dépasse le degré de dépression produit par le choléra; le pouls peut s'affaiblir, la voix s'altérer, ainsi que la face, et le malade peut tomber dans une espèce d'état syncopal où il succombe. Mais, le plus souvent, ce moment de dépression est bientôt suivi, dans l'espace de trois à six heures en général, d'une réaction forte et suffisante. En général, également sous l'influence du médicament, la susceptibilité de l'estomac se modifie, et les vomissements diminuent, s'ils ne se suspendent pas tout à fait.

Traitement du choléra-morbus confirmé par le chlorure de sodium. — Comme on vient de le voir, ce ne sont pas les traitements qui font défaut, et même les traitements efficaces, dans la période prodromique; mais lorsque, soit parce qu'elle a été traitée incomplétement, soit parce qu'elle a résisté aux moyens thérapeutiques employés, la diarrhée prodromique a dégénéré en véritable choléra, ou bien enfin lorsque le choléra a débuté d'emblée, chose heureusement fort exceptionnelle, quel traitement employer? En exposant plus haut ce que nous croyons être les indications rationnelles du choléra, nous avons plutôt exposé les *desiderata* de la science que des résultats obtenus et

surtout faciles à obtenir. Rien de plus naturel que de chercher à suspendre la diarrhée et les vomissements qui paraissent la cause principale de la dépression profonde dans laquelle se trouvent les malades ; rien de plus naturel que de chercher à ranimer par les moyens les plus stimulants les forces et la vie qui s'éteignent, que de chercher à rendre au corps la chaleur vitale qu'il a perdue ; mais malheureusement rien de plus difficile à remplir que ces indications. Trop souvent les antidiarrhéiques et les antiémétiques ajoutent à l'activité des vomissements et des évacuations diarrhéiques, les stimulants intérieurs, les calorifiants extérieurs ne produisent qu'une ranimation factice et peu durable, qui achève d'épuiser le système nerveux. C'est ce qui a donné lieu à tous ces traitements dans lesquels on emploie, d'après des vues chimiques ou seulement d'une manière empirique, les moyens les plus variés.

Parmi ces traitements il en est un, le traitement salin, qui avait donné en 1832, entre les mains de M. Stevens, et plus tard, en 1849, entre celles de M. Gavin Milvoy, qui l'a modifié, des résultats favorables, résultats dont nous avons été nous-même témoin à la même époque dans les hôpitaux de Paris. C'est ce traitement que notre collaborateur, M. Aran, a mis en usage à l'Hôtel-Dieu, après avoir eu recours avec peu de succès, à ce qu'il paraît, aux moyens généralement recommandés, tels que les moyens réchauffants externes et en particulier les bains d'air chaud, les boissons stimulantes chaudes et frappées de glace, l'eau de Seltz, le sous-nitrate de bismuth et l'opium à l'intérieur, la créosote et les lavements additionnés de laudanum, de nitrate d'argent et de teinture d'iode. Ces derniers, préparés suivant la formule de M. Delioux, paraissent cependant avoir rendu plusieurs fois de bons services.

Voici, en définitive, le traitement auquel M. Aran s'est arrêté pour le choléra arrivé à la période phlegmorrhagique et surtout à la période algide :

Deux potions, contenant chacune 50 grammes de chlorure de sodium dissous dans de l'eau distillée, légèrement aromatisée, une pour le jour, l'autre pour la nuit, à prendre par cuillerée à café, toutes les cinq ou dix minutes, en faisant suivre chaque cuillerée de potion d'un petit morceau de glace.

Pas de boissons.

Lavements contenant chacun une cuillerée à bouche de chlorure de sodium.

Le nombre de ces lavements est proportionné à l'intensité des cas, et certains malades, très-gravement atteints, en ont pris un toutes les deux heures.

Pas d'autre moyen réchauffant que des bouteilles d'eau chaude disposées le long du corps des malades, en ayant bien soin de les empêcher de se découvrir ; et, chez ceux qui accusaient une sensation trop vive de constriction et de poids à la région épigastrique, l'application du marteau Mayor à la région épigastrique seulement, ou dans ce point et sous le rebord des fausses-côtes.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements et les évacuations alvines se calmeraient peu à peu ; les évacuations alvines deviendraient plus colorées et plus consistantes; la réaction s'établirait d'une manière lente et progressive, sans aucune complication inflammatoire. La diarrhée seule persisterait et nécessiterait l'emploi, pendant plusieurs jours, de lavements au chlorure de sodium. M. Aran nous a dit même avoir réussi avec les lavements à arrêter des diarrhées persistantes, consécutives au choléra, et qui avaient résisté à beaucoup d'autres traitements, et en particulier aux lavements de nitrate d'argent ou de teinture d'iode.

Quant aux résultats de ce traitement, voici quels ils ont été : 13 malades ont été soumis à ce traitement, 8 venant du dehors, et 5 qui avaient été frappés du choléra dans l'hôpital. Des 8 malades venant du dehors, 5 ont guéri, 2 ont succombé; des 5 malades pris dans l'intérieur, 3 ont guéri, 2 ont succombé; en somme, 9 guérisons et 4 décès, ou 30 pour 100 ; et tous ces malades étaient dans un état fort grave, plusieurs même dans un état des plus alarmants. Ce résultat est assez remarquable, comparé à celui qu'a donné le traitement ordinaire, puisque, sur 25 cholériques traités à cette période, M. Aran n'en a pas perdu moins de 11, ou 44 pour 100.

Chute du rectum datant de l'enfance, traitée par l'excitation électrique localisée dans le sphincter anal. — En publiant la note de M. Duchaussoy sur l'emploi de la strychnine dans les cas de chute du rectum chez les enfants (p. 158), nous avons promis à nos lecteurs de mettre sous leurs yeux les résultats d'une nouvelle tentative de l'application de l'électricité. Voici cette observation, qui n'est pas encore complète.

Un homme d'environ quarante ans est admis, dans le courant de juillet dernier, salle Saint-Jean, n° 16, pour une chute du rectum compliquée d'un flux dyssentérique. Il raconte qu'affecté de cette procidence de la muqueuse anale depuis son enfance, il souffrait peu de son infirmité, lorsqu'il y a un an, il fut atteint, en Afrique, d'une dyssenterie. Cette maladie, qui, on le sait, laisse souvent à sa suite une paralysie des muscles de la région anale, aggrava son infirmité, et, à

dater de cette époque, la chute du rectum devint tellement douloureuse qu'il dut revenir en France. Le changement de climat ne mit pas fin aux accidents hémorrhagiques ; il dut, à son arrivée à Paris, entrer à l'Hôtel-Dieu. Un traitement bien ordonné ne tarda pas à triompher des pertes de sang, mais la chute du rectum persista et lui occasionnait toujours des douleurs assez vives. Le sphincter anal était relâché au point qu'une portion du rectum faisait un bourrelet permanent, et qu'il suffisait du moindre effort du malade, comme celui de tousser, pour faire sortir immédiatement une grande portion de muqueuse.

Témoin des effets remarquables de l'excitation électrique localisée sur la contractilité tonique des muscles, M. Ph. Boyer pria M. Duchenne d'en tenter l'essai sur ce malade. Son emploi devait triompher de l'état de paralysie des muscles de la région, et principalement du sphincter. M. Duchenne introduisit un excitateur métallique de forme olivaire dans l'anus, et ferma le courant en plaçant un excitateur humide (l'éponge) sur le périnée. Les excitateurs posés, il fit passer un courant à intermittences rapides de son appareil gradué à son maximum pendant huit à dix minutes. Aussitôt cette opération terminée, la muqueuse rectale ne sortit plus, quelque effort que fît le malade pour provoquer sa chute. Dans la journée il se présenta plusieurs fois à la garderobe, mais la résistance qu'il éprouvait dans la région anale ne lui permit point d'aller à la selle. L'électrisation fut répétée chaque matin, de la même façon, et au bout de quelque temps, lorsqu'on introduisait le doigt dans le rectum, on le sentait fortement serré par le sphincter. Cette application nouvelle des effets thérapeutiques de l'électrisation était suivie avec intérêt, lorsque, le dixième jour, le malade fut rappelé chez lui par des affaires de famille et quitta l'hôpital, promettant de revenir donner de ses nouvelles. Il n'en a rien été. Cet homme, comme cela arrive trop souvent, ne s'est point représenté ; aussi, malgré l'intérêt que présentait cet essai, nous ne l'aurions pas signalé encore, si M. Duchaussoy ne venait de renouveler cette tentative avec succès. Du reste, ce résultat de l'excitation électrique sur la contractilité tonique du sphincter n'est qu'une application de l'influence thérapeutique des courants électriques à intermittences rapides, dont nous avons signalé de nombreux exemples dans les cas de contracture du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate. Cette action élective de ce mode d'administration de l'électricité nous permet de prédire que les mêmes résultats seront observés dans les cas de chute du rectum.

Ce traitement serait-il applicable aux cas dans lesquels la muqueuse

rectale est épaissie et constitue un bourrelet considérable ? L'accident ne l'emporte-t-il pas alors sur la maladie, et cette nouvelle ressource ne s'applique-t-elle pas seulement aux cas de chutes récentes ? Ce sont des questions que le temps et l'expérimentation permettront seuls de résoudre. Si le succès se faisait attendre, on pourrait ajouter à l'action de l'électricité l'emploi de la noix vomique, ou l'usage d'un bandage ayant pour pièce principale une pelote ovale destinée à presser sur l'anus. Cette sorte de compression continue nous a suffi, dans un cas de chute du rectum peu ancienne, pour opérer la guérison de la malade.

Ongle incarné. — Extirpation. — Emploi de la glace. — L'ongle incarné est une affection qui est combattue encore de bien des manières. Sur le même malade, qui avait deux ongles incarnés, M. Velpeau a attaqué l'un par la cautérisation au nitrate d'argent ; puis arraché l'autre. La cautérisation est très-douloureuse, si douloureuse, que le jeune homme qui portait ces deux ongles incarnés demandait l'arrachement. La cautérisation encore guérit plus lentement, et d'une manière moins certaine. Somme toute, suivant ce chirurgien, il vaut mieux pratiquer l'extirpation. Pour cette opération, qui est une des plus douloureuses que la chirurgie ait à pratiquer, on a recours à l'usage du chloroforme. M. Velpeau préfère recourir à un mélange réfrigérant, composé d'une partie de glace bien pilée, et de deux parties de sel marin. Il applique cette glace et ce sel, bien mélangés, sur l'orteil dont il veut enlever l'ongle ; au bout de une à deux minutes, la partie est gelée, l'insensibilité est complète, et l'opération est pratiquée sans que le patient ressente la moindre douleur. On a ainsi les avantages du chloroforme, sans faire courir aux malades aucun danger.

Phimosis. — Opération. — Incision du prépuce. — M. Velpeau, depuis quelque temps déjà, semble avoir abandonné la circoncision, pour en revenir à une méthode bien ancienne, qui a été trop calomniée. Il se borne à fendre le prépuce, mais il le divise à la partie inférieure de la verge, près du frein. Et si, quand l'incision a été faite, le frein retient encore le prépuce, il le coupe. Pour pratiquer cette opération, il fait tendre le prépuce en avant par un aide, puis il engage profondément la sonde cannelée entre le prépuce et le gland, jusqu'à la base du frein. Arrivé là, il fait saillir le bec de la sonde, puis, avec un bistouri bien pointu, bien tranchant, il glisse sur la sonde cannelée, et incise les téguments. A l'aide de quelques serres-fines, il obtient la réunion immédiate des deux petites plaies du prépuce. Ce procédé est bien plus simple, bien plus facile que la circoncision. Il

ne demande pas d'instrument spécial. Quatre fois, cette année, il l'a mis en usage, et quatre fois il a montré à sa clinique que cette opération donnait un excellent résultat. Sans blâmer absolument la circoncision, M. Velpeau a montré que l'on avait trop blâmé la simple incision du prépuce dans le traitement du phimosis, surtout quand l'incision est pratiquée à la partie inférieure. Il ne reste pas, après l'opération, cette difformité, ces espèces de lambeaux flottants, que l'on a à craindre seulement lorsque l'incision du prépuce est pratiquée sur la fac e drsale de la verge.

VARIÉTÉS.

Grâce aux rigueurs de la saison, le choléra est entré, Dieu merci, dans une période de décroissance des plus évidentes ; mais au milieu de cette décroissance, on suit encore l'influence de la plus légère élévation de température. Il semble que l'abaissement du chiffre des cholériques suive régulièrement l'abaissement du thermomètre. De quarante à cinquante cas signalés chaque jour dans les hôpitaux au commencement de décembre, l'épidémie est descendue peu à peu à une vingtaine; et le 24 et le 25 décembre, jours où la température s'est abaissée à 12° au-dessous de zéro, l'épidémie est tombée à treize et à sept. Le chiffre des décès a suivi la même progression descendante, et il est tombé à quatorze le 24 décembre. Néanmoins, le chiffre total des décès s'élevait déjà, le 24 décembre, à 397 pour les hôpitaux et hospices sur 904 cas, et, au 19 décembre, on comptait déjà 251 décès cholériques à domicile. Il y a donc beaucoup à craindre que lorsque la ,température commencera à s'élever, l'épidémie n'acquière de nouvelles forces et ne fasse de nombreuses victimes. Mais les épidémies déjouent si souvent les prévisions les mieux fondées en apparence, qu'il nous est bien permis d'espérer que ces tristes prévisions ne se réaliseront pas.

Dans tous les autres pays de l'Europe, l'épidémie semble du reste également en décroissance très-marquée, et à Londres même, dans les deux dernières semaines, on n'a compté que 11 et 13 décès cholériques. A Berlin, à Stockholm, l'epidémie peut être considérée comme terminée.

L'administration de l'assistance publique vient de transformer la ferme Sainte-Anne et une partie de l'hôpital de La Riboissière en asiles de convalescence pour les cholériques des hôpitaux.

L'Académie de médecine a élu son Bureau pour 1854. Sont nommés : *Président*, M. Nacquart; *vice-président*, M. Jobert (de Lamballe); *secrétaire*, M. Gibert ; *membres du Conseil*, MM. Jobert, Bégin et Soubeiran.

A la su ie d'un brillant concours, M. Jarjavay, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté, en remplacement de M. Gosselin, dont les fonctions ont expiré cette année.

L'Académie chirurgicale de Madrid avait mis au concours, pour 1853, la question suivante : « Du traitement curatif des hernies. » Le prix vient d'être décerné à M. le docteur Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'exemple donné l'an dernier par la Société hydrologique du Midi a déjà porté ses fruits : une Société semblable vient de se constituer à Paris. Dans un discours très-remarquable, M. le docteur Durand-Fardel a indiqué le but qu'elle poursuivait, les moyens qu'elle voulait mettre en œuvre, les résultats qu'elle espérait obtenir. La question qui doit être traitée dans la première séance montre l'influence que la Société nouvelle est appelée à avoir sur l'avenir de la médication thermale. Le sujet de cette conférence est : « Des piscines et des ressources qu'elles peuvent offrir dans les établissements thermaux ; proposition d'un projet de loi relatif à une organisation générale des eaux minérales. » Le Comité d'hygiène ayant été chargé par le gouvernement de préparer ce projet de loi, M. Magendie, président du Comité d'hygiène, et M. Mélier, président de la Société d'hydrologie, ont pensé que celle-ci ne pouvait mieux inaugurer ses travaux qu'en cherchant à éclairer cette question importante et difficile.

Le Bureau de la Société d'hydrologie médicale de Paris est composé ainsi qu'il suit : *président*, M. Mélier ; *vice-président*, M. Patissier ; *secrétaire général*, M. Durand-Fardel ; *secrétaire des procès-verbaux*, M. Lebret ; *trésorier*, M. de Laurès. La Société tient ses séances à la Faculté de médecine.

M. le ministre de la guerre, par un arrêté que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs, vient d'étendre et de régulariser une institution qui fonctionne déjà depuis plusieurs années dans notre colonie d'Afrique. Les médecins de colonisation, tout en assurant aux populations rurales l'assistance médicale, sont appelés à concourir à l'élucidation d'une grande et vaste question : celle de l'acclimatement. Voici cet arrêté :

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, dit l'arrêté, sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale, fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif, arrêté par le gouverneur général de l'Algérie, détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, et aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même, dans son ensemble, que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu, sans bande ni passe-poil.

Les médecins de colonisation sont tenus :

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription;

2° De tenir, au lieu de leur résidence, à jours et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

3° De propager la vaccine ;

4° D'exécuter gratuitement, au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades de constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait, chaque année, une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante*, quant à présent.

M. Elie de Beaumont est appelé à recueillir la lourde succession de M. Arago, comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, pour la section des sciences mathématiques.

Les concours pour les prix et pour la nomination des élèves internes ont donné les résultats suivants : *Internes de 3e et 4e année, premier prix* (médaille d'or), M. Laboulbène ; *accessit* (médaille d'argent), M. Blayn; *mentions*, MM. Dumesnil et Bauchet. *Internes de 1re et 2e année, premier prix*, M. Marcé ; *accessit*, M. Titon; *mentions*, MM. Dumont-Pallier, Masson. *Prix des externes, premier prix* : M. Baillon ; *deuxième prix*, M. Gabriac ; *mentions*, MM. Millard, Liégeois.

Sont nommés internes dans l'ordre suivant, pour entrer en fonctions au 1er janvier 1854 : MM. Baillon, Gabriac, Millard, Liégeois, Bonfils, Guyon, Kœchlin, Lorut, Letellier, Besnier, Mirlin, Moysant, Robinet, Defoville, Warmont, Nidau-Deseslers, Godart, Provent, Gombault, Decès, André, Binet, Blachez, Fremineau, Lallemant, Luys, Chairon, Lhonneur, Parisot, Pillon, Bertholle, Labbé, Ravin, Tassel, Joseph, Dewalz, Voisin, Basset.

Voici les mutations qui auront lieu au 1er janvier dans le personnel des hôpitaux de Paris : De Beaujon, MM. Sandras et Legroux passent à l'Hôtel-Dieu, et sont remplacés par MM. Béhier et Bouley. MM. Hervez de Chégoin, Horteloup, Pelletan, Tardieu, Legendre, Pidoux, passent à La Riboissière. Des Incurables, M. Duplay passe à Bicêtre. MM. Barthez, Becquerel, Bourdon, passent à Saint-Antoine ; M. Vernois, à Necker ; MM. Bouchut, Aran, Hérard, à Sainte-Marguerite ; M. Bernutz, à Lourcine ; M. Gubler, aux Nourrices ; M. Oulmont, à Larochefoucauld ; M. Hillairet, aux Incurables (hommes).

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUARANTE-CINQUIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE CINQUIÈME.